Hamilton Niagara Haldimand Brant **LHIN**
RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Les meilleurs soins au bon endroit et au bo moment.

Rapport annuel 2012-2013

Ontario
Local Health Integration Network
Réseau local d'intégration des services de santé

Table des matières

Vision, mandat, mission et valeurs 2

Message de la directrice générale et du président du Conseil 3

Conseil d'administration du RLISS de HNHB 5

Évolution continue du RLISS de HNHB 7

Aperçu du RLISS de HNHB 8

Engager nos collectivités 11

Travailler ensemble pour améliorer la qualité des soins 16

Avancement de nos priorités 19

Indicateurs du rendement 2012-2013 42

États financiers et notes y afférentes 49

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Vision, mandat, mission et valeurs

Vision

Un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et petits-enfants.

Mandat

Planifier, financer et intégrer le système de santé local en vue de fournir des services de santé appropriés, coordonnés, efficaces et efficients à Brant, Burlington, Haldimand, Hamilton, Niagara et Norfolk.

Mission

Assurer l'existence de services intégrés, et l'accès à ces services, afin d'améliorer la santé de la population et la continuité des soins de santé.

Valeurs

Le respect; l'intégrité; la responsabilité

Nous travaillons afin d'être un catalyseur du changement et nous tenons compte des particuliers et de leurs soignants, qui ont besoin de services de santé locaux.

Pour atteindre cet objectif, nous nous engageons à assurer :
la transparence, la collaboration, l'innovation, un véritable dialogue.

Message de la directrice générale et du président du Conseil

Nous avons entendu Deb Matthews, la ministre de la Santé et des Soins de longue durée, comparer le système de santé à une course de relais. Les membres de l'équipe peuvent courir le plus rapidement possible, mais en fin de compte la victoire dépend d'une très importante manœuvre – le passage du bâton au prochain membre de l'équipe. Les fournisseurs de services de santé (membres de l'équipe) fournissent les meilleurs soins possible, mais en tant que système, nous devons améliorer les transitions des patients (le bâton) entre les fournisseurs.

Nous savons que le système de santé ne sert pas efficacement les citoyens d'aujourd'hui et n'est pas prêt à prendre soin des citoyens de demain. Nous devons changer radicalement le système de santé, mettant l'accent sur **la personne** plutôt que sur les fournisseurs.

C'est pourquoi cette année nous avons mis en œuvre *ACTION: A Call To IntegratiOn Now*. Cette démarche a nécessité la collaboration et les idées de nombreuses personnes, notamment de plus de 2 000 citoyens, fournisseurs de services de santé et intervenants, et elle a mené à l'élaboration de notre plan stratégique pour le système de santé (PSSS) qui, au cours des cinq prochaines années, nous mènera à un nouveau système de santé qui améliore considérablement l'expérience du patient en préconisant la qualité, l'intégration et la valeur.

Nous savons qu'il reste beaucoup de travail à accomplir, mais nous avons fait de grands pas dans la bonne direction.

L'année dernière :

- Nous avons amélioré l'accès aux services communautaires et à domicile grâce à un investissement de 15,1 millions de dollars dans des programmes et services nouveaux et élargis. Cet investissement permet d'offrir aux aînés et autres personnes des services à proximité du domicile, de diminuer le temps d'attente aux services des urgences, de réduire les taux d'autres niveaux de soins (ANS) et les hospitalisations évitables et, ce qui importe le plus, d'aider les gens à obtenir de bons soins, au bon endroit, au bon moment.
- Nous avons considérablement amélioré les soins aux adultes âgés ayant des comportements réactifs par le truchement du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement. Nous avons mis en œuvre cinq équipes de proximité qui fournissent aux particuliers et à leurs soignants des soins juste à temps dans la collectivité ainsi que des équipes mobiles qui renforcent la capacité des foyers de soins de longue durée à gérer les personnes ayant des comportements réactifs. Ces personnes et leurs soignants reçoivent désormais des soins mieux coordonnés et effectuent plus efficacement la transition entre secteurs et fournisseurs.
- Nous avons diminué notre taux d'ANS surveillé à l'interne de près de moitié, celui-ci ayant baissé de 25 % en juillet 2009 à 12,5 % en octobre 2012. Cela signifie qu'un plus grand nombre de personnes ont reçu les soins requis au bon endroit, au bon moment.
- Nous avons diminué le nombre de personnes hospitalisées en attente de soins de longue durée de 60 %, soit de 360 en août 2010 à 143 en août 2012.
- Les gens ont attendu moins longtemps pour subir un examen par IRM et tomodensitométrie, car nous avons surpassé nos cibles de 2011-2012 pour ces indicateurs. Nous avons réduit le temps d'attente pour un examen par IRM de 119 jours en avril 2011 à 63 jours en novembre 2012 et le

temps d'attente pour un examen par tomodensitométrie de 43 jours en avril 2011 à 37 jours en novembre 2012.

Nous sommes très fiers des réalisations des fournisseurs de services de santé du RLISS, non seulement à cause des résultats qu'ils obtiennent pour les gens que nous servons, mais également parce qu'ils démontrent ce qui est possible lorsque nous – le RLISS, les fournisseurs de services de santé, les citoyens et les intervenants – **travaillons ensemble avec une vision commune**.

Au nom du personnel et du Conseil d'administration du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant, nous remercions tous nos partenaires de leur dévouement à l'égard de l'amélioration de l'expérience du système de santé pour les citoyens de nos collectivités.

Nous reconnaissons et apprécions vivement les efforts de notre personnel et de notre Conseil dont l'expertise et la passion nous poussent à aller de l'avant.

Nous envisageons avec enthousiasme de continuer à travailler ensemble pour créer un système de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et petits-enfants.

Cordialement,

Donna Cripps
Directrice générale

Michael Shea
Président du Conseil

Conseil d'administration du RLISS de HNHB

Dernière rangée, de gauche à droite : Mervin Witter, Bob Lawler, Michael Shea
Deuxième rangée : Laurie Ryan-Hill, Ruby Jacobs
Première rangée : Helen Mulligan

Michael Shea, président

Nomination : 28 octobre 2010 • Mandat : 3 ans
Nomination à la présidence : 2 juin 2011 • Mandat : 3 ans

Bob Lawler, vice-président

Nomination : 29 octobre 2008 • Mandat : 3 ans
Nomination à la vice-présidence : 2 juin 2011 • Mandat : 3 ans
Renomination : 30 novembre 2011 • Mandat : 3 ans

Ruby Jacobs, membre

Nomination : 3 mars 2010 • Mandat : 3 ans
Renomination : 20 mars 2013 • Mandat : 3 ans

Helen Mulligan, membre

Nomination : 17 juin 2010 • Mandat : 3 ans

Laurie Ryan-Hill

Nomination : 17 mai 2011 • Mandat : 3 ans

Mervin Witter, membre

Nomination : 2 juin 2011 • Mandat : 3 ans

Transitions au sein de l'effectif du Conseil

Après avoir siégé comme membre du Conseil depuis juin 2011, Nathalie Brown a décidé de poursuivre une nouvelle carrière en février 2012. Le Conseil lui a souhaité tout le succès possible dans ses futures entreprises.

En décembre 2012, le Conseil a adopté une motion *qui a immédiatement lancé le processus de recrutement d'un membre du Conseil pour soumission au Secrétariat des nominations pour approbation et affichage, prévoyant des nominations décalées pour les deux postes vacants restants.*

Relation entre le Conseil et la haute direction

Au 1er avril 2012, l'équipe de la haute direction du RLISS comprenait la directrice générale, les directeurs des communications, des services généraux, du renouvellement du système de santé, de l'accès aux soins, de la qualité et de la gestion du risque, des finances et le médecin responsable du renouvellement du système de santé clinique.

Les membres de l'équipe de la haute direction assistent aux réunions ordinaires du Conseil et lui présentent mensuellement des rapports oraux et écrits sur les activités de leurs portefeuilles respectifs. L'équipe de la haute direction relève de la directrice générale et guide les activités stratégiques du RLISS.

Le Conseil fournit régulièrement une orientation à la directrice générale par le biais de :

- Réunions ordinaires et séances éducatives
- Comités du Conseil
- Directives
- Évaluations du rendement

Le RLISS de HNHB engage constamment ses fournisseurs de services et ses membres de la communauté dans des discussions attentives toujours dans le but d'améliorer considérablement le parcours des résidents vivant à l'intérieur de ses frontières à travers le système de soins de santé.

Évolution continue du RLISS de HNHB

Notre organisme

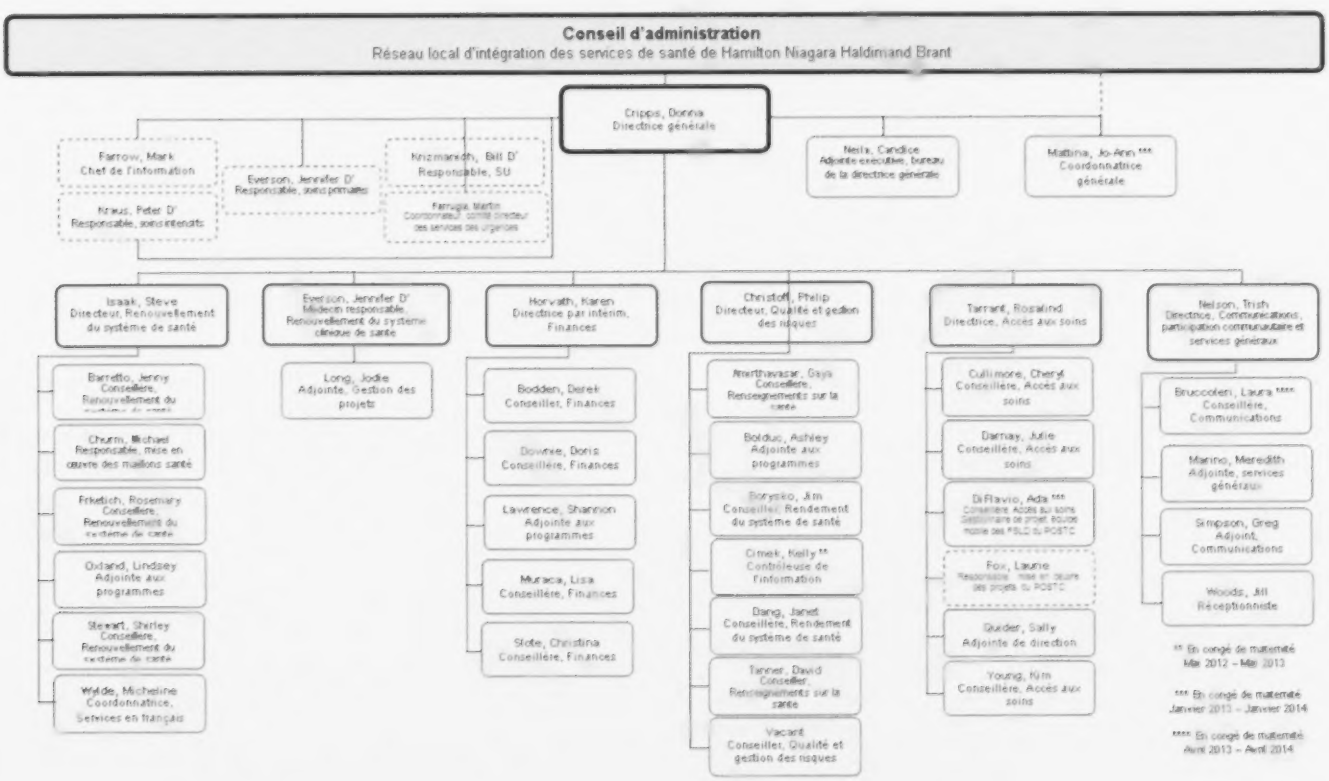
Personnel

Les membres du personnel du RLISS de HNHB sont engagés et passionnés à l'égard de la réalisation de la vision du RLISS – un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et petits-enfants. C'est cette vision qui les guide tous les jours dans l'exercice des fonctions associées à leurs rôles.

La structure des rôles au sein de l'organisme est fondée sur les fonctions de base du RLISS et maximise les compétences, le savoir et l'expertise du personnel. Ce dernier demeure déterminé à bâtir la capacité et à partager le savoir en renforçant la formation et l'éducation et en participant à des activités locales, provinciales et nationales.

Le personnel tient à respecter les valeurs et principes de l'organisme, notamment le respect, l'intégrité et la responsabilité et, pour atteindre cet objectif, il s'engage à assurer la transparence, la collaboration, l'innovation et un véritable dialogue.

Structure organisationnelle – RLISS de HNHB
Au 31 mars 2013



Aperçu du RLISS de HNHB

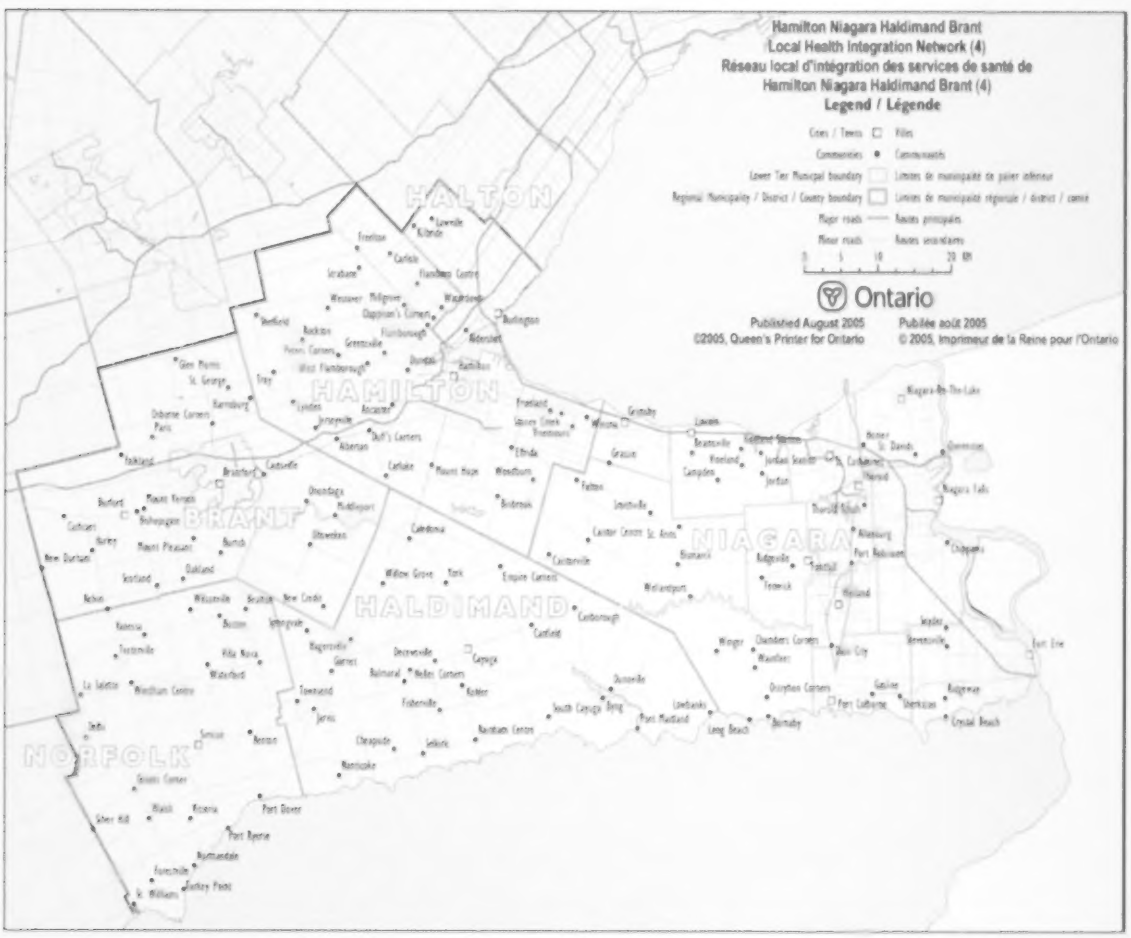
Population du RLISS de HNHB

Démographie

Le RLISS de HNHB compte près de 1,4 million d'habitants, soit 10,6 % de la population de l'Ontario. Sa population devrait augmenter de 4,2 % au cours des cinq prochaines années et de 8,9 % au cours des dix prochaines années (*Source : Estimations de la population, RLISS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, SavoirSANTÉ ONTARIO*).

La population du RLISS vieillit. Le groupe des personnes âgées de 65 à 74 ans croît le plus rapidement, mais les changements les plus importants surviendront parmi le groupe des 60 à 79 ans au cours de la prochaine décennie.

En date de 2012, près de 240 000 aînés de 65 ans ou plus vivaient dans le RLISS de HNHB, ce qui représente le nombre d'aînés le plus élevé des RLISS de l'Ontario (*Source : Estimation de la population, RLISS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, SavoirSANTÉ ONTARIO*).



Caractéristiques sociodémographiques

La population du RLISS de HNHB LHIN est diversifiée. En effet, 18 % des résidents de HNHB ont une langue autre que le français et l'anglais comme langue maternelle. Les Francophones, Premières Nations et Autochtones vivant en milieu urbain et rural sont des populations reconnues dans le RLISS. Par rapport à la province, le RLISS affiche une proportion moins élevée d'immigrants et de minorités visibles.

Le RLISS de HNHB abrite deux réserves - le Territoire des Six-Nations de la rivière Grand, qui compte la population la plus importante de toutes les communautés des Premières nations du Canada, et les Mississaugas of the New Credit. Le nombre total d'Autochtones inscrits dans le RLISS est d'environ 24 000 (1,7 % de la population totale du RLISS) et la moitié d'entre eux vit dans une réserve. Les Indiens non inscrits, les Métis et les Inuits ne sont pas inclus dans ces estimations de la population. (*Source : First Nations Peoples in Ontario: A Demographic Portrait. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé. Direction de l'analytique en matière de santé, janvier 2009*).

Le RLISS compte une proportion supérieure de familles monoparentales et une proportion d'adultes ayant fait des études postsecondaires inférieure à la moyenne ontarienne.

	RLISS de HNHB	Ontario
Population totale (2012)*	1 417 928	13 372 999
Population âgée, 65 ans et plus (2012)*	16,3 %	14,2 %
Population dont la langue maternelle est l'anglais	80,1 %	69,8 %
Population dont la langue maternelle est le français	2,2 %	4,8 %
Population d'immigrants	20,3 %	28,3 %
Population d'immigrants récents (arrivés entre 2001 et 2006)	2,3 %	4,8 %
Population de minorités visibles	9,1 %	22,8 %
Population autochtone	1,7 %	2,0 %
Taux d'activité (15 ans et plus)	65,7 %	67,1 %
Taux de chômage (15 ans et plus)	6,0 %	6,4 %
Population à faible revenu (avant impôt) toutes personnes	13,7 %	14,7 %
Familles monoparentales (avec enfants)	16,2 %	16,0 %
Population (de 25 à 64 ans) sans certificat ni diplôme	14,6 %	13,5 %
Population (de 25 à 64 ans) ayant terminé des études postsecondaires	57,9 %	61,4 %

Sources : *Estimations de la population, RLISS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, SavoirSANTÉ ONTARIO. *Les indicateurs restants s'appuient sur le Recensement du Canada de 2006, Statistique Canada.*

État de santé

L'état de santé déclaré par l'intéressé révèle des aspects de la santé non décrits dans d'autres mesures. Pareillement aux taux de l'Ontario, plus de 61,5 % des résidents de HNHB affirment avoir une excellente ou très bonne santé (*Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010*). Cependant, un nombre significativement plus élevé de résidents déclare une limitation de leurs activités due à une affection physique ou mentale ou à un problème de santé et une douleur ou un inconfort qui prévient toute activité.

Maladies et décès

Les résidents du RLISS de HNBH affichent des taux significativement plus élevés d'arthrite/rhumatisme que l'ensemble de la province. Les taux d'hypertension et d'asthme sont légèrement, mais de façon non significative, supérieurs à ceux de l'ensemble de la province. Par ailleurs, les taux de diabète sont comparables à ceux de la province (*Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010*).

Les taux de mortalité reflètent la santé globale de la population. Les maladies du cœur, le cancer du poumon et l'accident vasculaire cérébral étaient les trois principales causes de décès. Les années potentielles de vie perdues reflètent le nombre d'années de vie perdues lorsqu'une personne meurt prématurément (c'est-à-dire avant l'âge de 75 ans). Les taux de décès, d'années potentielles de vie perdues et d'hospitalisation dans le RLISS sont plus élevés que les taux provinciaux [1].

Pratiques de santé et soins préventifs

Les mauvaises pratiques de santé augmentent le risque de maladie chronique, d'invalidité et de décès. Comparativement à la province, un nombre plus élevé de personnes dans le RLISS de HNBN fume quotidiennement ou occasionnellement, consomme une quantité excessive d'alcool et est obèse [2].

Les soins préventifs, tels une bonne hygiène des mains ou le dépistage systématique, contribuent au repérage précoce des maladies, ce qui réduit les maladies et les décès à long terme. Parmi les indicateurs préventifs sélectionnés, aucun ne diffère de façon significative de l'ensemble de l'Ontario. Au cours des trois dernières années, 71,7 % des femmes de HNHB ont subi un test de Papanicolaou (dépistage du cancer du col); 73,1 % des femmes ont subi une mammographie au cours des deux dernières années; et 31,7 % des résidents ont reçu un vaccin contre la grippe au cours de la dernière année [3].

Le point d'accès pour la plupart des soins médicaux est le médecin de famille. Les médecins jouent également un rôle clé dans la coordination des soins et la gestion des troubles chroniques. La majorité de la population de HNHB (79 %, cela exclut les patients qui obtiennent leurs soins auprès d'un CSC ou d'autres services de soins primaires auprès d'un médecin de famille) est inscrite auprès d'un médecin de famille. Ce pourcentage est supérieur au taux provincial de 73 %[4].

Sommaire

Le RLISS de HNHB occupe un territoire d'environ 6 500 kilomètres carrés qui englobe Brant, Burlington, Haldimand, Hamilton, Niagara et la majeure partie de Norfolk. Il compte environ 1,42 million d'habitants et des petites collectivités rurales et grands centres urbains regroupant une population culturellement et linguistiquement diversifiée.

Comparativement à l'Ontario, le HNHB compte un pourcentage plus élevé de :

- familles monoparentales
- personnes dont les activités quotidiennes sont limitées
- fumeurs quotidiens ou occasionnels
- personnes qui consomment une quantité excessive d'alcool
- personnes obèses
- personnes atteintes d'arthrite/rhumatisme, d'hypertension et d'asthme.

---

[1] Décès, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, SavoirSANTÉ ONTARIO.
[2] Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010.
[3] Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, 2008 et 2009-2010.
[4] Direction de l'analytique en matière de santé, février 2012.

Le RLISS de HNHB compte également :

- le nombre le plus élevé d'aînés de tous les RLISS
- un taux plus élevé de décès prématurés et d'hospitalisation
- un pourcentage inférieur d'adultes ayant fait des études postsecondaires.

Engager nos collectivités

La participation communautaire est une des fonctions de base des RLISS. Cette fonction est énoncée dans la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* qui a créé les RLISS. Dans le cadre de ses activités, le RLISS rencontre un vaste éventail de personnes, notamment résidents, professionnels de la santé et participants actifs au système de santé. Il rencontre également les communautés autochtones, francophones et les Premières nations. Le RLISS de HNHB reconnaît, respecte et comprend les besoins uniques de ses communautés diversifiées.

Participation des Autochtones

Les RLISS sont tenus de travailler avec les communautés autochtones pour améliorer leur santé et leur bien-être. Le RLISS de HNHB est chargé de se renseigner sur l'approche des communautés autochtones à l'égard de la santé et du bien-être et de la respecter; il lui incombe également de savoir comment cette approche oriente la détermination des besoins et des solutions en matière de santé. Le respect et l'intégration des pratiques traditionnelles autochtones et des fournisseurs de services de santé non traditionnels sont essentiels à l'élaboration de solutions qui concordent avec l'identité culturelle, la santé holistique et les valeurs communautaires.

Le réseau de santé autochtone du RLISS offre aux fournisseurs de services sociaux et de santé autochtones la possibilité de travailler avec le RLISS pour traiter des besoins et des enjeux des communautés autochtones. Il se réunit chaque mois et comprend des représentants des organismes de services sociaux et de santé autochtones du RLISS.

Lors d'une séance de réflexion de trois jours tenue en janvier 2012, le réseau de santé autochtone a cerné les trois priorités clés de son plan d'action triennal :

- Réduire le taux de suicide parmi les jeunes et renforcer les services de santé mentale pour les jeunes.
- Réduire le taux de diabète et autres maladies chroniques chez les Autochtones.
- Réduire l'incidence de violence conjugale et préconiser des familles solides, stables et responsables.

À l'appui de ces priorités, le réseau de santé autochtone a accompli les activités suivantes durant l'exercice 2012-2013 :

- Un financement unique du RLISS a permis à l'Association canadienne pour la santé mentale de s'associer aux Six-Nations et d'offrir des séances de formation des formateurs sur la prévention du suicide, notamment des ateliers ASIST et des programmes safeTALK, à l'intention des organismes autochtones hors réserve du RLISS.

- Un financement unique du RLISS a permis au De dwa da dehs nye's Aboriginal Health Centre d'offrir cinq séances de formation en sensibilisation culturelle aux fournisseurs de services de santé conventionnels du RLISS. Les séances visaient à renforcer la sensibilité culturelle, la compétence et la sécurité dans les milieux interculturels afin de permettre aux fournisseurs de services de santé de réfléchir stratégiquement aux besoins des diverses populations et de travailler ensemble pour améliorer la prestation des services à ces populations.
- Le fonds d'engagement des Autochtones a permis de tenir un atelier d'un jour sur la santé des Autochtones au cours duquel la communauté et les fournisseurs de services de santé autochtones ont discuté des parcours de soins actuels et futurs des patients autochtones. Les discussions avaient pour but :
    - D'intégrer la planification de services de santé autochtones culturellement appropriés au Plan stratégique pour le système de santé du RLISS de HNHB.
    - De tirer parti des services et programmes de santé déjà dirigés par les fournisseurs autochtones et conventionnels pour améliorer considérablement l'expérience du patient autochtone en misant sur la qualité, l'intégration et la valeur afin d'améliorer la santé de la population autochtone dans la région du RLISS.

Le réseau de santé autochtone utilisera les renseignements et les recommandations issus de l'atelier sur la santé des Autochtones pour élaborer des plans d'action pour l'année prochaine.

Outre le travail susmentionné du réseau, les membres et des membres de la communauté ont participé à des séances de participation portant sur le Plan stratégique pour le système de santé du RLISS. Le groupe de référence des peuples autochtones a fait en sorte que la voix des peuples autochtones soit entendue durant les séances de participation du RLISS.

Participation des Francophones

La *Loi sur les services en français* de l'Ontario (1986) reconnaît l'apport des Francophones au patrimoine historique, culturel et linguistique de la province. Elle garantit aux Ontariens de langue française le droit de communiquer avec le gouvernement et de recevoir des services en français. À cette fin, les RLISS planifient et soutiennent les services de santé en français et engagent la participation de la communauté francophone au processus; les résidents et intervenants francophones sont le plus à même de connaître leurs communautés. L'objectif consiste à assurer de meilleurs résultats pour les services de santé en français, tout en reconnaissant et en respectant la diversité des communautés francophones.

Partenaires en santé

Le RLISS de HNHB, le RLISS de Waterloo Wellington et l'*Entité de planification pour les services en français dans les régions Waterloo-Wellington, Hamilton-Niagara* (l'Entité) ont signé une entente de financement et de responsabilisation de cinq ans entrant en vigueur le 1er avril 2011. Celle-ci énonce les rôles et responsabilités de chaque partie en ce qui a trait à la prestation de conseils par l'entité sur :

- les façons d'engager sa collectivité francophone;
- les besoins et priorités de sa collectivité francophone en matière de santé, notamment ceux des divers groupes qui la composent;
- les services de santé dont dispose sa collectivité francophone;
- l'identification et la désignation de fournisseurs de services de santé en vue de la prestation de services de santé en français dans le RLISS;

- les stratégies visant à améliorer l'accès aux services de santé en français, leur accessibilité et leur intégration au sein du système de santé local;
- la planification et l'intégration des services de santé en français dans le RLISS.

L'entente de responsabilisation a mandaté l'établissement d'un comité de liaison dont le rôle consiste à élaborer des processus de dialogue et de collaboration continus et un plan d'action annuel commun (PAAC) énonçant les objectifs, priorités et actions de chaque partie pour l'exercice en cours.

Le RLISS de HNHB est responsable de la prestation de fonds en vertu de l'entente.

Mobilisation de la communauté francophone

Dans le cadre du Plan stratégique pour le système de santé (PSSS), l'Entité et le RLISS ont engagé un groupe de Francophones, membres d'un groupe de référence des citoyens francophones (GRCF), dont la tâche était semblable à celle du groupe de référence des citoyens (GRC) plus vaste. À l'instar de ce dernier, le groupe a souligné entre autres l'importance de ce qui suit :

- une coordination améliorée des services et l'option de disposer d'un intervenant pivot pouvant aider le client à se déplacer dans le système;
- un meilleur accès aux soins primaires et des options de rechange en matière de services;
- la prestation de services dans la langue première du patient, particulièrement lorsque celui-ci se trouve dans une position vulnérable (p. ex., service des urgences (SU)).

Écouter et apprendre

Le RLISS mobilise les fournisseurs de services de santé pour renforcer la sensibilisation aux services en français. L'objectif est d'améliorer l'accès à des services de santé de qualité en français et d'aider les fournisseurs à planifier la mise en œuvre de services en français pour leur clientèle francophone.

À la suite de ce travail continu :

- 96 % des FSS identifiés et désignés aux fins de la prestation de services en français ont soumis un plan de mise en œuvre de services en français décrivant comment ils prévoient améliorer l'accès aux services en français, ce qui inclut un dialogue avec la communauté francophone afin de déterminer les besoins prioritaires.
- À la fin de 2012-2013, 71 % des FSS identifiés aux fins de la prestation de services en français ont signalé une hausse du nombre de clients francophones servis et 46 % de ces FSS ont déclaré qu'ils servent un plus grand nombre de clients francophones en français.

Participation des intervenants - ACTION (A Call To IntegratiOn Now) – notre Plan stratégique pour le système de santé (PSSS)

Dans le cadre de sa planification stratégique, le RLISS a utilisé de nouvelles démarches pour mettre les gens au cœur de soins de santé de qualité. Il a mobilisé les citoyens de ses collectivités pour recueillir leurs commentaires, expériences et idées afin de renouveler le système de santé local. Les gens recevront des soins coordonnés, de grande qualité, responsables financièrement et dégageant de meilleurs résultats.

Plus de 2 000 intervenants ont été mobilisés dans le cadre d'ACTION :

- Comité directeur
- Groupe de référence des citoyens (GRC)
- GRC francophone
- Groupe des peuples autochtones
- Deux sondages en ligne ouverts au public
- Groupe de travail des fournisseurs
- Groupe des médecins responsables
- Réseaux de fournisseurs
- Sondage des fournisseurs de services de santé
- Groupes de discussion avec des usagers et des fournisseurs experts sur les populations prioritaires : aînés, personnes ayant des troubles mentaux et des dépendances, immigrants récents et personnes atteintes de maladies chroniques

En tirant parti du savoir et des expériences des citoyens de ses collectivités au cours d'une période de six mois, le RLISS a acquis une meilleure compréhension de l'état actuel de la prestation des services de santé. Durant ce processus, les objectifs du RLISS étaient de comprendre ce qui fonctionne, ce qui doit être amélioré et les possibilités d'intégration offertes aux fournisseurs de services de santé.

Les communications et les activités de participation à l'appui de ce processus de planification stratégique ont débuté en mars 2012 et se sont poursuivies jusqu'à la fin de novembre 2012. Pendant ce temps, le RLISS a communiqué avec les citoyens au moyen d'affichages sur son site Web et de forums, de relations médiatiques proactives, d'activités dans les médias sociaux et autres tactiques de communication.

Outre les activités et tactiques susmentionnées, le RLISS s'est activement attaché à mobiliser les citoyens pour obtenir leurs commentaires. Pour ce faire, il a organisé des séances de consultation et de travail avec des représentants bénévoles des diverses communautés.

Les besoins de santé varient dans le RLISS, mais le dialogue avec les citoyens a dégagé plusieurs thèmes d'amélioration, notamment :

- **Mettre l'accent sur la personne** – communication respectueuse; information appropriée et accessible qui convient à toutes les populations.
- **Focaliser la prévention et l'éducation** – renforcement de la promotion de la santé, de la prévention et des programmes d'éducation.
- **Réorienter les services et les ressources (le cas échéant)** – à l'extérieur de l'hôpital et dans la collectivité, plus près du domicile.
- **Indiquer les soins communautaires spécialisés pour les populations à risque élevé** à l'aide d'un coordonnateur de la santé, d'un intervenant en soins ou d'un intervenant pivot.
- **Optimiser les ressources** – régler les inefficiences qui prolongent les temps d'attente, évaluer les traitements/tests/interventions continus, accéder aux soins généraux au niveau de fournisseur le moins coûteux, optimiser l'administration et diminuer les frais administratifs, réexaminer les salaires des cadres administratifs et subordonner le financement (et les salaires) aux résultats.

Ces thèmes ainsi que les commentaires des autres intervenants ont été examinés et évalués. Tout ce matériel a contribué à façonner le cadre du futur système de santé.

Lors de l'élaboration et de la finalisation du PSSS, le personnel du RLISS, y compris la directrice générale, et les membres du Conseil d'administration ont rencontré des représentants élus, notamment représentants municipaux, régionaux et provinciaux et dirigeants administratifs, et ont organisé des séminaires Web à leur intention. Ces rencontres ont permis d'informer les représentants politiques des projets et activités du RLISS et ont fourni un forum de discussion à propos des besoins, enjeux et préoccupations de la collectivité en matière de soins.

On a préparé un rapport final sur les communications et la participation qui décrit les activités de participation et les résultats liés au travail sur ACTION. Il a été mis à la disposition des participants et affiché sur le site Web du RLISS. Ce rapport est un des documents qui ont servi à l'élaboration du PSSS quinquennal définitif.

Mobilisation des médecins

Le personnel du RLISS de HNHB continue d'établir divers réseaux de médecins. Le groupe des dirigeants médicaux se réunit chaque mois et travaille à l'atteinte des résultats annuels attendus. Cette année, il s'est concentré sur l'amélioration des transferts des petits hôpitaux aux grands hôpitaux communautaires et universitaires en formant un système de jumelage qui renforce la communication et la coordination de patients auxquels la structure des programmes régionaux et la stratégie portant sur la vie et l'intégrité physique ne conviennent pas. Ce groupe a reçu des mises à jour régulières des divers réseaux de médecins et continue de jouer un rôle important dans la planification et l'intégration clinique, d'améliorer la normalisation et de réduire la variation des soins cliniques dans la région du RLISS. Les dirigeants médicaux ont organisé une autre séance de formation pour les médecins du RLISS et le groupe d'intendance des antibiotiques continue de se réunir régulièrement. Ce groupe est composé de médecins-chefs ou de vice-présidents des services médicaux des hôpitaux du RLISS.

Le réseau de l'imagerie diagnostique (ID) a travaillé en collaboration avec ses responsables administratifs pour réduire les temps d'attente pour un examen par imagerie par résonance magnétique (IRM) et par tomodensitométrie. Il continue d'utiliser la liste de vérification de l'ID interventionnelle et une discussion est en cours dans la province pour en poursuivre le déploiement. Ce réseau a convenu de mettre l'accent l'an prochain sur l'intégration clinique de l'ID interventionnelle.

Le réseau obstétrique s'est joint au Southern Ontario Maternal Child Network pour élaborer des stratégies concrètes visant à réduire le taux de césariennes dans le RLISS. Il a commencé à étudier les données et la variation des exigences relatives aux césariennes. Il élaborera des pratiques exemplaires pour améliorer des domaines identifiés, notamment le dépistage et les taux de césariennes.

Avec l'approbation du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en février 2012 des responsables des soins primaires ont été établis dans les 14 RLISS de la province pour renforcer les soins primaires et les intégrer dans la planification des services de santé. Le Dr Ross Male a travaillé avec le RLISS pour formuler une série de questions visant à aider les médecins de famille à repérer les patients qui risquent de nécessiter une consultation à l'urgence. Ce questionnaire sur la fragilité a été mis à l'essai dans divers milieux d'exercice de notre RLISS et sera envoyé à tous les médecins de famille à mesure que les maillons santé seront établis. Le médecin responsable, transformation du système clinique de santé du RLISS de HNHB, a assumé le poste intérimaire de responsable des soins primaires du RLISS. Ce dernier travaille activement à la mise en œuvre de maillons santé dans sa région. Le réseau de soins primaires comprendra désormais les médecins responsables de chacun des maillons santé, ainsi que des membres de divers organismes, notamment l'Ontario Medical Association (OMA), l'Ontario College of Family Physicians (OCFP), l'Université McMaster et le secteur des hôpitaux.

Les directeurs médicaux des laboratoires ont travaillé sur trois projets de qualité, y compris la normalisation des rapports sur les valeurs critiques dans notre RLISS et le délai d'exécution des enzymes cardiaques pour accélérer la circulation des patients aux services des urgences (SU).

La participation des médecins a été essentielle à la réussite de notre intégration clinique dans les secteurs vasculaire, thoracique et oncologique. Le travail se poursuivra l'année prochaine alors que d'autres domaines cliniques seront visés par les pratiques exemplaires, la diminution des variations et l'amélioration de l'accès à l'échelle de ce RLISS.

Travailler ensemble pour améliorer la qualité des soins

Amélioration de la qualité à l'échelle du système

Durant l'année, le RLISS a mobilisé ses FSS et ses partenaires pour améliorer la qualité à l'échelle du système. Au niveau de la gouvernance, il s'est réuni avec ses fournisseurs (les hôpitaux du RLISS et le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC)) pour discuter des possibilités, des partenariats et du leadership requis pour favoriser l'amélioration de la qualité et le renouvellement du système de santé. La séance visait à partager les perspectives et à discuter des étapes de l'élaboration d'une carte de route de l'amélioration de la qualité à l'échelle du système. En 2012-2013, le RLISS a également travaillé avec les fournisseurs du continuum de soins par le truchement de divers réseaux, notamment : vice-présidents cliniques, membres du réseau des foyers de soins de longue durée et directeurs généraux des centres de santé communautaire et des organismes de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

Pendant cette séance, les partenaires ont mis d'avant :

- Un accent sur la perspective du patient.
- Un encouragement à des modes de pensées innovatrices.
- Le partage d'idées et de stratégies.
- L'utilisation des données pour éperonner le changement et les soins aux patients.

Accent sur la qualité et la sécurité

Pour déterminer les priorités clés relatives à la sécurité, l'efficacité, l'accès et la satisfaction des patients, le RLISS de HNHB a examiné ses progrès à l'aide de divers indicateurs.

Le groupe de travail des arthroplasties a créé des parcours cliniques, des programmes d'éducation des patients et des ensembles d'ordonnances normalisés à l'échelle du RLISS qui seront mis en œuvre d'ici à octobre 2013. L'objectif est de réduire la variation de la durée du séjour et les temps d'attente.

Les arthroplasties de la hanche et du genou sont importantes pour la fonction et la qualité de vie de nombreux patients. Les patients du RLISS subissent des procédures différentes lorsqu'ils se rendent à l'hôpital pour une chirurgie orthopédique. Or, on sait que les procédures uniformes dégagent de meilleurs résultats pour les patients. Le RLISS, en association avec le groupe des vice-présidents cliniques, les médecins-chefs dirigeants et le groupe de travail des arthroplasties complètes, a élaboré le plan de capacité orthopédique intégrée (PCOI). Son objectif est d'assurer que les hôpitaux de sa région pratiquent des arthroplasties de la hanche et du genou dans la fourchette de rendement acceptable pour ce qui est des temps d'attente d'ici au 31 mars 2014.

Pour assurer l'exactitude des listes d'attente et évaluer ainsi la demande, le RLISS travaille avec les hôpitaux pour utiliser les pratiques exemplaires actuelles, notamment l'utilisation de la date affectant la disposition au traitement ou des plans de traitement des patients, pour réduire la variation au sein du RLISS. Ce dernier travaille avec les hôpitaux pour assurer que les pratiques exemplaires d'un hôpital sont partagées avec d'autres. Nos temps d'attente varient considérablement d'un hôpital à l'autre et la gestion optimale des soins aux patients est une responsabilité partagée.

Le RLISS travaillera également avec les hôpitaux en enchâssant des exigences précises dans leurs ententes de responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERS-H) afin d'assurer que chaque

hôpital utilise des pratiques exemplaires pour gérer les listes d'attente. Il importe d'assurer que nous atteignons nos cibles et utilisons tous les outils disponibles à ces fins.

Le RLISS se penche également sur les temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte. Les volumes ont été diminués de 10 % dans la province en mai 2012 et cette réduction des volumes a contribué à une hausse des temps d'attente. En janvier 2013, le Conseil du RLISS a approuvé un financement unique pour ajouter des volumes de chirurgie de la cataracte afin de régler le problème des temps d'attente accrus dans la région.

Le plan d'intégration clinique du RLISS traitera des services d'ophtalmologie et focalisera les temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte. Le RLISS a utilisé des données comme fondement d'une discussion sur les temps d'attente avec les fournisseurs de services de santé. À la suite d'une rencontre tenue en mars 2013 avec les médecins, le personnel du RLISS a commencé à faire des appels hebdomadaires pour surveiller la mise en œuvre de stratégies d'amélioration.

Les principaux éléments de l'amélioration de la qualité incluent la surveillance d'indicateurs clés du rendement et le partage de meilleures pratiques de sécurité. Les données et les renseignements sont des inducteurs essentiels à l'avancement des priorités du RLISS en matière de qualité. Le RLISS et les FSS continuent donc de travailler pour améliorer la disponibilité, l'intégrité et l'utilisation des données afin de prendre des décisions plus éclairées concernant la prestation des soins, ce qui améliorera l'expérience du système de santé pour les résidents.

Le partage de pratiques exemplaires, de réussites et d'idées éperonne l'amélioration de la qualité. Le RLISS a réuni les FSS pour s'assurer que les pratiques exemplaires étayent le processus décisionnel et entraînent des améliorations pour les patients. Depuis le 1er avril 2011, les hôpitaux de la province élaborent des plans publics d'amélioration de la qualité comme l'exige la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*. Les centres de santé communautaire soumettront leurs premiers plans d'amélioration de la qualité le 1er avril 2013. Le RLISS continue de mobiliser les hôpitaux, le CASC ainsi que le secteur des services de soutien communautaire (SSC) et les foyers de soins de longue durée (FSLD) pour encourager les activités d'amélioration de la qualité, les pratiques exemplaires, la participation du personnel et les stratégies afin de renforcer l'expérience du patient. Le RLISS continue de travailler avec les FSS pour établir des priorités conformes aux objectifs systémiques et focaliser les efforts sur l'établissement d'objectifs raisonnables, mais exigeants afin d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins.

En 2012-2013, le Conseil du RLISS a approuvé la stratégie de mise en œuvre de l'amélioration de la qualité parmi tous les fournisseurs de services de santé de sa région. Les objectifs stratégiques du RLISS à cet égard focalisent l'avancement et le soutien de pratiques exemplaires et le renforcement des secteurs nécessitant un travail plus approfondi. Précisément, le RLISS utilisera ses ententes de responsabilisation en matière de services (ERS) à des fins d'amélioration de la qualité pour solidifier et mettre d'avant les objectifs et les processus de qualité. Ce travail fera fond sur les plans d'amélioration de la qualité actuels mandatés dans la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*. Chaque ERS obligera les fournisseurs de services de santé à mettre en place ce qui suit :

- une politique d'amélioration de la qualité approuvée par le conseil;
- une fiche de pointage équilibrée;
- un plan axé sur le suivi des variations et la formulation de stratégies d'amélioration.

Le Conseil du RLISS a approuvé un cadre de gestion des risques d'entreprise pour assurer que les principaux risques inhérents à l'atteinte des objectifs systémiques soient cernés, mesurés et atténués dans la mesure du

possible. Contrairement aux programmes de gestion des risques qui focalisent uniquement l'assurance et la responsabilité, la gestion des risques d'entreprise permet à l'organisme d'examiner l'ensemble des risques et des possibilités liés à l'atteinte des objectifs organisationnels et systémiques. Ce processus permet au Conseil et au personnel du RLISS de surveiller les risques, les finances et la qualité des soins et de prendre les mesures qui s'imposent. Ce programme aide le RLISS à respecter sa responsabilité fiduciaire à l'égard de meilleurs soins, d'une meilleure valeur et d'une meilleure santé.

À sa réunion de mars 2013, le Conseil du RLISS a approuvé la stratégie de responsabilisation en matière de rendement. La stratégie énonce une philosophie et un cadre qui permettront au personnel du RLISS de cerner, évaluer, maîtriser et communiquer les risques aux fournisseurs de services de santé. La stratégie a un double but : focaliser les efforts du RLISS pour atteindre l'orientation stratégique, à savoir devenir un commissaire du système de santé et élaborer un plan de travail précis pour assurer que les fournisseurs de services de santé respectent leurs obligations en matière de rendement.

La sécurité est primordiale pour les patients. Le RLISS a travaillé avec les FSS pour favoriser l'uniformité et le partage de renseignements sur les patients qui utilisent divers fournisseurs. Un exemple de ce travail est la normalisation d'initiatives clés en matière de qualité dans les hôpitaux, notamment la sécurité des médicaments. Le RLISS continue de guider les efforts des FSS en vue d'identifier des stratégies clés destinées à faciliter les transferts de patients dans le continuum de soins. Le travail porte notamment sur la normalisation des procédures de congé et le rapprochement des médicaments.

Hôpitaux adaptés aux besoins des aînés

Les RLISS de l'Ontario dirigent la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés – initiative visant à améliorer la santé des aînés et à prévenir leur déclin physique et mental à l'hôpital. En agissant ensemble, les hôpitaux peuvent améliorer l'expérience et les résultats des adultes âgés hospitalisés en Ontario.

La Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés vise à :

- améliorer la santé, le bien-être et l'expérience des aînés hospitalisés en Ontario, les aidant à retourner chez eux plus rapidement et en meilleure santé;
- renforcer la capacité des aînés à mener une vie autonome et à éviter l'hospitalisation;
- optimiser les sommes consacrées aux services de santé;
- contribuer à une diminution des ANS en facilitant les transferts au milieu approprié après un séjour à l'hôpital;
- promouvoir des initiatives d'amélioration de la qualité pouvant être incluses dans les plans d'amélioration de la qualité dans le cadre de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*.

En première étape, chaque hôpital a évalué ses projets et cerné des possibilités d'amélioration et d'action. Tous les hôpitaux pour adultes en Ontario ont exécuté une évaluation d'hôpital adapté aux aînés. Les rapports sommaires de chaque RLISS ont été élaborés en collaboration avec les Programmes gériatriques régionaux de l'Ontario. Le rapport sommaire du RLISS, *A Summary of Senior Friendly Hospital Care in HNHB LHIN Hospitals*, est consultable à www.hnhblhin.on.ca.

En janvier 2012, le RLISS a réuni des représentants de chaque hôpital pour partager les réussites et les enjeux clés à ce jour. Chaque hôpital élabore son plan d'action au titre de la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés, donnant suite aux recommandations énoncées dans les rapports locaux et provinciaux à ce sujet.

Comité consultatif des professionnels de la santé (CCPS)

Depuis 2008, les membres du Comité consultatif des professionnels de la santé jouent un rôle important dans la présentation les commentaires de leurs secteurs respectifs au RLISS. Ce comité a décidé de se concentrer sur la possibilité d'optimiser la collaboration interprofessionnelle et les champs d'exercice au sein du RLISS.

Le CCPS a continué à mettre en œuvre les cinq recommandations pour renforcer le champ d'exercice à l'échelle du RLISS. Les cinq recommandations sont les suivantes :

- Recommandation 1 – Définition : Le Comité consultatif des professionnels de la santé adopte la définition de collaboration interprofessionnelle énoncée dans le rapport définitif de mai 2010 du Comité de mise en œuvre stratégique de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé (CISS), « Collaboration interprofessionnelle en soins de santé : Un plan directeur provincial ». Définition : La collaboration interprofessionnelle consiste à fournir des services de santé complets aux patients par l'entremise de divers soignants qui collaborent afin de dispenser des soins de santé de qualité au sein des établissements et entre ceux-ci.
- Recommandation 2 – Le CCPS du RLISS détermine : a) Une séance de formation appropriée pour les professionnels de la santé sur la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et sa relation avec la CISS. La séance de formation utilisera les principes de l'éducation des adultes et la théorie du changement de comportement; b) La création de possibilités de discussion liées à la responsabilité, au champ d'exercice et à la CISS.
- Recommandation 3 – Le CCPS du RLISS saisit les avantages de promouvoir la CISS et de partager le savoir avec les fournisseurs du RLISS pour l'encourager.
- Recommandation 4 – Le CCPS travaillera avec les établissements d'éducation sanitaire pour créer des liens qui favoriseront l'intégration de la modélisation de la CISS dans les placements éducationnels dans le RLISS.
- Recommandation 5 – Le RLISS de HNHB nomme un champion de la CISS pour favoriser l'avancement de celle-ci.

Par suite de la mise en route des maillons santé, ce groupe fera partie intégrante du réseau de soins primaires, car la collaboration entre les paramédicaux et les fournisseurs de soins primaires est essentielle.

Avancement de nos priorités

Tout en étant la dernière année du deuxième Plan de services de santé intégrés (PSSI) du RLISS, 2012-2013 donne l'occasion d'anticiper l'élaboration et l'achèvement du Plan stratégique pour le système de santé (PSSS) de cinq ans.

Les RLISS sont tenus d'élaborer un PSSI triennal et le RLISS a également formulé son PSSS quinquennal. Bien qu'ils soient distincts, les deux documents vont de pair. Dès le départ, le RLISS a tenu à faire comprendre que ce travail ne mènerait pas à un plan pour planifier – il serait axé sur les résultats et cette optique se reflète dans l'approche adoptée. ACTION (A Call To IntegratiOn Now) était le processus de planification stratégique visant à identifier ces orientations clés qui, prises ensemble, transformeront le système de santé local.

Le PSSS a pour but de bâtir un système de soins de santé fondé sur des preuves, intégré et axé sur la personne. Cet objectif reflète l'approche Triple Aim de l'Institute for Healthcare Improvement qui focalise :

- L'expérience de l'usager du système de santé
- La santé d'une population définie
- Les dépenses de santé par habitant

Le Plan stratégique pour le système de santé fournit une carte routière pour l'atteinte des objectifs du RLISS : un système de santé local intégré rentable offrant des soins coordonnés, de grande qualité et qui dégage de meilleurs résultats pour la santé de la population.

Points saillants de l'approche

Misant sur la méthodologie d'intégration du système de santé éprouvée de PwC, une approche en quatre étapes a été utilisée pour élaborer un plan stratégique éclairé pour le système de santé. L'approche repose sur les principes suivants :

- Prise en charge du RLISS et personnel champion
- Participation du conseil
- Participation communautaire
- Utilisation du travail et de la participation effectués à ce jour
- Communications internes et externes continues

Le plan stratégique pour le système de santé a été façonné par les commentaires valables fournis par un vaste éventail d'intervenants. Lors de l'élaboration du plan, le processus a fourni au conseil et au personnel du RLISS, aux fournisseurs et aux membres de la collectivité plusieurs occasions de partager leur point de vue, de commenter les résultats prévus, d'élaborer des recommandations et de les valider.

Le processus de planification a favorisé une approche préconisant la formulation d'un plan stratégique pour le système de santé fondé sur des preuves et étayé par les fournisseurs et la communauté. Les constatations tirées d'évaluations quantitatives et qualitatives ont fourni les fondements de l'état actuel et, conjuguées à des recherches fondées sur les pratiques exemplaires, ont étayé la définition des orientations stratégiques et du modèle d'état futur énoncés dans le plan.

Conseil du RLISS de HNHB

Le Conseil du RLISS a participé entièrement et activement à la formulation du plan et a fourni une surveillance et une direction durant l'ensemble du processus. Lors des discussions et présentations préliminaires au Conseil, le personnel a été vivement encouragé à assurer l'avancement du plan d'ACTION et du Plan stratégique pour le système de santé. À des jalons clés durant l'année, le Conseil a participé en commentant et en avalisant les orientations stratégiques devant être poursuivies.

Comité directeur du Plan stratégique pour le système de santé

Le comité directeur du Plan stratégique pour le système de santé a dirigé l'élaboration du plan et a conseillé l'équipe de direction de HNHB durant le processus de planification. Le RLISS a choisi les membres du comité directeur de manière à refléter un vaste éventail d'intérêts, de perspectives et d'expertises de sa région. Le comité directeur s'est réuni pour offrir cette perspective vaste et diversifiée à des jalons clés du projet, fournissant à la directrice générale du RLISS et au personnel des commentaires additionnels pour étayer la formulation du plan.

Groupe de travail des fournisseurs

Le groupe de travail des fournisseurs (GTF) a présenté des commentaires sur des résultats attendus précis. Il a été chargé de dialoguer avec d'autres fournisseurs à divers moments pour élargir et approfondir les commentaires des intervenants locaux sur l'élaboration du plan. Le RLISS a choisi les membres du groupe pour qu'ils reflètent les perspectives et l'expertise des groupes, comités et réseaux de HNHB.

L'élaboration du PSSS quinquennal a suivi un processus robuste comprenant :

- Une étude exhaustive du contexte, y compris un examen de la population, de la démographie, de l'état de santé et des données d'utilisation.
- Une analyse documentaire des leçons apprises de systèmes hautement performants à l'échelle mondiale.
- Des séances de participation et des commentaires d'intervenants, notamment citoyens, organismes de fournisseurs, médecins et autres intervenants (représentants élus).

Le RLISS a innové dans le cadre de son processus de planification stratégique en engageant la participation des citoyens de ses collectivités par l'entremise de groupes de référence des citoyens. Grâce à ces groupes, il a mobilisé les membres des communautés ainsi que les populations prioritaires définies par la loi – peuples autochtones et Francophones afin de solliciter leurs idées et leurs commentaires sur les besoins et les préférences des usagers du système de santé.

En fonction des commentaires des citoyens et de notre analyse d'autres observations, on a cerné les principes suivants pour orienter le renouvellement futur du système de santé :

- Améliorer l'expérience du patient
- Assurer la concordance avec une vision et une philosophie de soins communes
- Améliorer la qualité
- Promouvoir l'intégration
- Favoriser une viabilité accrue

L'objectif global du RLISS au cours des cinq prochaines années sera d'**améliorer considérablement l'expérience du patient en préconisant la qualité, l'intégration et la valeur.**

Les trois orientations stratégiques du RLISS découlant de cet objectif seront les suivantes :

1. *Améliorer considérablement l'expérience du patient en enchâssant une culture de qualité dans l'ensemble du système.*
2. *Améliorer considérablement l'expérience du patient en intégrant la prestation des services.*
3. *Améliorer considérablement l'expérience du patient en élargissant le rôle du RLISS pour qu'il devienne un commissaire à la santé.*

Ces orientations stratégiques constitueront le fondement du travail du RLISS au cours des cinq prochaines années.

Intégration – les maillons santé, un nouveau modèle de prestation de soins intégrés

Améliorer considérablement l'expérience du patient en intégrant la prestation des services commence au niveau local. On intègre la prestation des services pour un groupe de particuliers, une personne à la fois.

L'Ontario améliore la coordination des soins prodigués aux aînés et aux personnes qui ont des besoins complexes, en établissant les **maillons santé**. Cette approche innovatrice réunit les fournisseurs de services de santé d'une collectivité pour coordonner plus efficacement et rapidement les soins aux patients ayant de très grands besoins.

Les maillons santé sont la pierre angulaire de la visée du PSSS, à savoir améliorer considérablement l'expérience du patient en intégrant la prestation des services.

Les patients qui ont les plus grands besoins en matière de soins de santé constituent cinq pour cent de la population de l'Ontario, mais ils utilisent des services comptant pour environ les deux tiers des dollars investis en santé de l'Ontario. Une meilleure coordination des soins pour ces patients entraînera de meilleurs soins et des économies importantes pour le système de santé, qui pourront être consacrées à d'autres patients, ce qui en fin de compte améliore la viabilité des soins de santé publics.

Chaque maillon santé mesurera les résultats selon un ensemble commun d'indicateurs :

1. Assurer l'élaboration de plans de soins coordonnés pour les patients ayant des besoins complexes.
2. Augmenter le nombre de patients ayant des besoins complexes et de personnes âgées qui ont un accès régulier et rapide à un fournisseur de soins primaires.
3. Réduire le temps entre l'aiguillage par les fournisseurs de soins primaires vers un spécialiste.
4. Réduire les réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'autorisation de sortie.
5. Réduire les visites évitables au service des urgences pour les patients dont les problèmes peuvent être mieux pris en charge ailleurs.
6. Réduire le temps entre l'aiguillage et la première visite à domicile.
7. Réduire les hospitalisations non nécessaires.
8. Assurer un suivi en soins primaires dans un délai de sept jours suivant le congé d'un milieu de soins actifs.
9. Améliorer l'expérience des usagers du système de santé ayant les plus grands besoins en matière de soins.
10. Atteindre un taux d'ANS de neuf pour cent ou moins.
11. Réduire le coût moyen de la prestation des services de santé aux patients sans compromettre la qualité de ceux-ci.

Les maillons santé représentent un nouveau modèle de soins selon lequel les fournisseurs d'une collectivité, notamment fournisseurs de soins de santé familiale, spécialistes, hôpitaux, foyers de soins de longue durée, organismes de soins à domicile et autres services de soutien communautaire, sont tenus de coordonner des plans pour chaque patient.

Cette approche coordonnée contribuera à améliorer les transitions des patients au sein du système et à faire en sorte que les patients reçoivent des soins plus attentifs qui répondent à leurs besoins particuliers grâce au soutien d'une équipe de fournisseurs bien soudée.

Les maillons santé ont été annoncés par la ministre de la Santé et des Soins de longue durée en décembre 2012 et le RLISS de HNHB s'est empressé de mettre cette initiative en œuvre. Des progrès importants ont été réalisés, notamment la cartographie des régions des maillons santé et l'établissement des premiers maillons santé, et la mise en œuvre continue sera une priorité en 2013-2014.

Intégration des programmes cliniques

La planification continue des services cliniques concorde avec le Plan stratégique pour le système de santé du RLISS en vue d'établir un système de soins de santé intégrés qui offre aux gens des soins coordonnés, de grande qualité, rentables et dégageant de meilleurs résultats pour la population.

Le RLISS suit un processus uniforme pour l'élaboration de programmes cliniques intégrés à l'échelle de sa région. Ce processus a obtenu beaucoup de succès et a dégagé des résultats mesurables mis en évidence par le truchement du plan de services de cancérologie intégrés, le plan de services cliniques vasculaires intégrés et le plan de services cliniques thoraciques. La réussite est attribuable à un processus défini avec des attentes claires, à un engagement et une direction solides de la part des médecins et à un leadership administratif et organisationnel robuste.

Programmes cliniques intégrés à l'échelle du RLISS

Le concept clé qui sous-tend les programmes cliniques intégrés à l'échelle du RLISS est « un programme à plusieurs emplacements ». Tous les résidents du RLISS devraient avoir accès à un programme coordonné utilisant la même approche à l'égard de la prestation des services et les mêmes normes de qualité. Cela a exigé une normalisation accrue et une réduction de la variation clinique entre les fournisseurs grâce à :

- Des définitions et des procédures de circulation des patients communes
- Des modèles de soins et des procédures d'amélioration de la qualité communs fondés sur les meilleures pratiques
- Des effets, objectifs, résultats prévus et mesures communs

Voici des exemples démontrant que les plans de services cliniques particuliers du RLISS ont dégagé des réalisations :

- Le plan de services de cancérologie intégrés a établi un seul programme de prestation des services administré pour les patients à plusieurs emplacements du RLISS.
- Le plan de services cliniques vasculaires intégrés a établi une politique de non-refus pour les patients ayant subi une intervention assortie d'une surveillance étroite pour assurer qu'ils reçoivent des soins appropriés à l'endroit qui convient le mieux.
- Le plan de services cliniques thoraciques a affiché une durée du séjour plus courte pour les patients ayant subi une chirurgie thoracique pour un néoplasme bénin par suite du renforcement de la capacité aux consultations externes des hôpitaux du RLISS. Cet accomplissement est attribuable à une collaboration avec le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) pour des services et un soutien à domicile.

Soins interprofessionnels

Le RLISS a focalisé l'avancement des soins interprofessionnels par le truchement de son comité consultatif des professionnels de la santé. La mise en œuvre des maillons santé dans la région améliorera également les soins interprofessionnels dans tous les secteurs du système de santé. *Pour une mise à jour des soins interprofessionnels, voir la section sur le CCPS en page 21.*

Capacité des services de santé communautaire

En 2012-2013, le gouvernement de l'Ontario a augmenté le soutien financier pour les soins à domicile et les services communautaires dans la province. Le RLISS de HNHB a reçu une augmentation de 14,7 millions de dollars de la province et a investi un montant additionnel de 400 000 $ pour un investissement total dans les services communautaires de 15,1 millions de dollars. Cet investissement a permis aux personnes âgées et autres personnes d'être traitées plus près de leur domicile, réduit le temps d'attente aux services des urgences, amélioré les taux d'autres niveaux de soins et diminué les réadmissions évitables à l'hôpital.

Le RLISS a invité les fournisseurs de services de santé à soumettre des propositions fondées sur quatre domaines cibles :

- Services d'aide à la vie autonome et de logements avec services de soutien pour les aînés à risque élevé
- Renforcement de la capacité des hospices dans le continuum de soins pour les aînés à risque élevé et autres personnes
- Services de santé mentale et de lutte contre les dépendances (gestion du sevrage et après-soins; services de gestion intensive de cas; logements avec services de soutien; et capacité d'intervention en cas de crise)

En examinant les 98 propositions reçues, le personnel du RLISS a envisagé les besoins de santé de la population et la disponibilité de services communautaires dans sa région, de même que ses priorités et celles du gouvernement pour recommander la répartition optimale des ressources étant donné les montants disponibles. Le processus d'examen et le cadre décisionnel approuvés par le Conseil ont permis au personnel de présenter 22 propositions au Conseil pour approbation.

Au bout du compte, le RLISS a investi dans des programmes et services communautaires nouveaux et élargis pour venir en aide aux personnes atteintes de troubles mentaux et de toxicomanies, appuyer les aînés à risque élevé, augmenter les services d'aide à la vie autonome, les programmes de prévention des chutes et les soins palliatifs.

Cet investissement de 15,1 millions de dollars a appuyé le Plan stratégique pour le système de santé et contribuera à soutenir le Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé de la ministre.

Meilleur accès aux services d'aide à la vie autonome

L'élargissement des services d'aide à la vie autonome pour les aînés à risque élevé a été identifié comme étant un domaine prioritaire pour l'octroi d'un nouveau financement au secteur communautaire. Il concorde très précisément avec la directive émise au RLISS par le ministère, à savoir focaliser les nouveaux investissements sur les services qui aident les aînés à rester dans la collectivité. Des fonds ont également été octroyés pour augmenter les heures des préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) dispensés par les fournisseurs de services d'aide à la vie autonome aux aînés à risque élevé.

Les investissements du RLISS dans les services d'aide à la vie autonome pour les aînés à risque élevé concordent avec la politique ministérielle intitulée *Politique des services d'aide à la vie autonome pour les personnes âgées à risque élevé, janvier 2011.* La politique a pour but de créer un continuum de soins plus exhaustif pour les aînés qui vivent dans leur propre domicile et ne nécessitent pas une admission dans un

foyer de soins de longue durée (SLD), mais dont les besoins ne peuvent être satisfaits rentablement à l'aide de services de soins à domicile et de soins communautaires fournis uniquement lors de visites fixes.

- L'appel de propositions du RLISS pour les services d'aide à la vie autonome pour les aînés à risque élevé exige que les fournisseurs de services de santé démontrent qu'ils peuvent :
    - Réduire le temps d'attente dans la collectivité et à l'hôpital pour des services de soutien à la personne.
    - Transférer les clients du CASC aux organismes de services de soutien communautaire.
    - Réduire les appels 911, les visites à l'urgence et les réadmissions à l'hôpital évitables d'aînés à risque élevé.
    - Augmenter le nombre d'aînés à risque élevé qui obtiennent leur congé à domicile sans désignation ANS.
- Les aînés de 75 ans et plus vivant seuls dans leur propre domicile dans la collectivité qui répondent aux critères d'admissibilité du ministère pour les services d'aide à la vie autonome pour les aînés à risque élevé ont été considérés comme étant la population cible pour le nouveau financement.
- Le RLISS a quantifié la population cible d'aînés à risque élevé par région géographique conformément aux critères susmentionnés.

Le RLISS a ensuite financé les organismes de services de soutien communautaire dont la circonscription hospitalière comprend une population relativement élevée d'aînés à risque élevé et qui ont démontré une capacité à tirer parti des ressources existantes – par le truchement de partenariats et de l'infrastructure actuelle – pour maximiser le montant de financement nouveau octroyé aux soins de première ligne ou directs pour les aînés. En tout, huit propositions pour des services d'aide à la vie autonome ont reçu un financement, comme suit :

- Marche des dix sous de l'Ontario – Centre de mieux-être et centre d'approche
- Marche des dix sous de l'Ontario – Centre de Niagara Falls
- Région de Niagara – Soutien à la personne de nuit à Deer Park Suites
- Brain Injury Community Re-entry Niagara – Appui à la vie autonome
- Niagara Ina Grafton Gage Village – Élargissement des services de soutien à la personne
- Participation House Brantford – Centre de logements avec services de soutien
- United Mennonite Home – Services de soutien à la personne
- Good Shepherd Centre Hamilton – Emmanuel House

Santé mentale et lutte contre les dépendances

Une personne sur cinq dans le RLISS de HNHB sera affectée par un trouble mental pendant sa vie; cela représente 280 000 personnes (*Source : Santé Canada, Rapport sur les maladies mentales au Canada, 2002*). Environ 42 000 personnes, soit 3 % de la population du RLISS, ont une dépendance à l'alcool et aux drogues dans une année donnée (*Source : Prevalence of Co-occurring Substance Use and other Mental Disorders in the Canadian Population, Revue canadienne de psychiatrie, décembre 2008*). Les principaux problèmes auxquels les personnes atteintes de troubles mentaux et de problèmes de dépendance sont confrontées sont les stigmates sociaux, le manque d'accès aux services et au soutien de base, notamment logement, revenu et inclusion sociale.

Identifier des secteurs d'amélioration pour le système de santé

Le RLISS a animé des séances de réflexion avec des intervenants clés provenant de divers milieux de soins. Le thème était la réduction des visites non planifiées à l'urgence par les personnes atteintes de troubles mentaux ou d'une toxicomanie. Les séances ont permis de mieux comprendre les questions et de reconnaître l'importance de faire participer les fournisseurs des secteurs hospitalier et communautaire à la recherche de solutions viables à long terme.

Sur une période d'un an, 30 personnes atteintes de troubles mentaux et/ou de problèmes de toxicomanie ont effectué près de 2 200 visites aux services des urgences des hôpitaux. Une analyse a été exécutée pour comprendre le motif de ces visites et cerner les secteurs propices à des améliorations. Les représentants des hôpitaux du RLISS et des fournisseurs de services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances ont convenu de piloter une démarche uniforme pour régler ce problème. Par le truchement de cette démarche de collaboration entre les hôpitaux et les fournisseurs communautaires, on a repéré des améliorations systémiques, identifié les problèmes et les lacunes de service et établi des priorités.

Dans le RLISS de HNHB :

- Entre 10 et 20 % des résidents auront un problème de toxicomanie durant leur vie.
- 70 % des gens atteints de troubles mentaux sont diagnostiqués avant l'âge de 18 ans.
- 98 000 enfants et adolescents n'obtiennent pas les services de santé mentale dont ils ont besoin.

Meilleur accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances

Par suite de ce travail, une grande variété de programmes et services a été financée pour répondre aux besoins en matière de santé mentale et de toxicomanie des résidents du RLISS, y compris :

- Élargissement du continuum de services pour les situations de crise et de la gestion intensive de cas dans Brant et Haldimand-Norfolk.
- Élargissement des ordonnances de traitement communautaire à Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton (SJHH).
- Mise en œuvre d'un programme mobile de traitement des troubles concomitants dans Brant et Haldimand-Norfolk, lequel sert particulièrement les personnes ayant une dépendance aux opiacés.
- Élargissement du programme servant les femmes enceintes et les mères toxicomanes à Niagara et Hamilton.
- Création d'une nouvelle équipe multidisciplinaire d'urgence à Niagara qui servira les personnes ayant une dépendance aux opiacés.

Le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton (SJHH) est le centre régional pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances dans le RLISS de HNHB. En 2013, il y aura un élargissement des lits de soins de santé mentale et des services spécialisés dans le Système de santé de Niagara (SSN) et à SJHH.

Mettre les gens en contact avec les services appropriés

Le RLISS a présenté l'évaluation commune des besoins en Ontario (ECBO) à tous les fournisseurs de services de santé mentale. Cet outil cerne les besoins des gens et les met en rapport avec les services actuels.

Des consultations auprès des organismes fournisseurs et des usagers ont mené à l'élaboration d'une démarche qui répond aux besoins particuliers du RLISS de HNHB. Les évaluations individuelles feront partie d'une base de données plus vaste, reliant les évaluations des divers secteurs.

La mise en œuvre de cet IAR permettra de :

- soutenir une approche centrée sur le client à l'égard des soins;
- sécuriser le transfert des renseignements personnels sur la santé;
- diligenter la planification et la collaboration en matière de soins;
- réduire la charge de travail;
- renforcer la fiabilité et la qualité des renseignements sur les clients.

Renforcer la capacité d'aider les personnes ayant des troubles mentaux et des dépendances grâce à une formation

Dans le cadre du processus d'investissement communautaire cette année, un financement a été fourni pour offrir SafeTALK et Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST), un cours fondé sur des pratiques exemplaires et des données probantes sur la prévention du suicide. Cette initiative éducative a contribué à assurer que les fournisseurs de services de santé, le personnel scolaire, les fournisseurs autochtones, les familles et les soignants travaillant avec des personnes qui risquent de se suicider se sentent suffisamment compétents pour avoir une conversation sur ce sujet difficile.

Les premiers soins en santé mentale (PSSM) visent à fournir au personnel qui ne travaille pas habituellement avec des personnes atteintes de troubles mentaux les compétences et le savoir nécessaires pour aider une personne ayant des problèmes de santé mentale jusqu'à ce qu'un traitement approprié soit déterminé ou que la crise soit réglée (semblable aux premiers soins pour des troubles physiques). Un financement a été octroyé pour permettre à 24 employés d'organismes de services de santé communautaire de participer aux séances de formation des instructeurs PSSM. Ce cours fondé sur des pratiques exemplaires et des données probantes a été élaboré par la Commission de la santé mentale du Canada.

Le programme de formation « Living Life to the Fullest » habilite les particuliers à comprendre l'origine de leurs sentiments et à apprendre à les maîtriser et enseigne les aptitudes essentielles à la vie quotidienne. Il a démontré qu'il aide les personnes à acquérir les aptitudes à la vie quotidienne qui les aident à composer avec l'humeur maussade, le stress et la détresse sans stigmates. Dix employés de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) dans le RLISS ont participé à ce programme de formation de facilitateurs.

Avancement du plan triennal du gouvernement provincial pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances

La mise en œuvre de la Stratégie globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances de trois ans du gouvernement axée sur les enfants et les jeunes est en cours. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le RLISS participent aux initiatives suivantes :

- Mise en place d'infirmières dans les conseils scolaires de district.
- Troubles de l'alimentation – lits pour malades hospitalisés à Hamilton Health Sciences et postes d'infirmières praticiennes.
- Participation à un service collaboratif pour cerner et mettre en œuvre des améliorations des procédures liées aux transitions.
- Jeunes en transition – aider les enfants atteints de troubles mentaux et les personnes ayant une déficience développementale à faire la transition du secteur de la santé mentale pour enfants au secteur de la santé mentale pour adultes.

Avancement d'une stratégie sur la prévention des chutes globale pour le RLISS

Il y a eu plus de 13 000 visites d'aînés à l'urgence des hôpitaux et plus de 3 800 aînés hospitalisés par suite d'une chute en 2010-2011. Les aînés atteints de plusieurs maladies chroniques sont exposés à des chutes à cause des complications et des problèmes médicaux associés à ces affections. Or, dans le RLISS de HNHB plus de la moitié des aînés ont au moins deux maladies chroniques (4 % de plus que la moyenne provinciale). Les recherches révèlent qu'une approche polyvalente à l'égard des chutes est efficace lorsqu'il s'agit de réduire le nombre et la fréquence des chutes. Les facteurs de risque pour les chutes et les maladies chroniques sont les mêmes. Ils comprennent l'utilisation inappropriée de médicaments, une mauvaise alimentation, le manque d'activité physique ou une mobilité restreinte, un logement dangereux et un milieu externe inaccessible ou présentant un danger. . .

Pendant l'année qui vient de s'écouler, on a effectué une planification et une recherche exhaustive pour mieux comprendre le facteur de risque lié aux médicaments et les stratégies axées sur les pratiques exemplaires pour traiter ce risque. On sait que les aînés ont de multiples maladies chroniques gérées à l'aide de plusieurs médicaments et que leur capacité à gérer des régimes médicamenteux complexes est compromise par leur capacité cognitive et physique décroissante à administrer leurs propres médicaments. Par conséquent, les personnes âgées sont quatre fois plus exposées que les adultes d'autres âges à être hospitalisées pour des réactions défavorables aux médicaments[5].

Des consultations avec les intervenants clés ont posé les fondements d'un cadre de prévention des chutes global pour le RLISS. Ce cadre a servi de point de référence et de vision commune des éléments nécessaires à une stratégie de prévention et de gestion des chutes efficace. La stratégie présente une compréhension commune des facteurs de risque de chute cernés dans la recherche et a contribué à orienter les efforts en vue d'une collaboration intersectorielle au sein du RLISS. Elle comprend des messages positifs, prévoit l'élaboration de programmes fondés sur les pratiques exemplaires (élaborés en collaboration par les bureaux de santé publique du RLISS) ainsi qu'une démarche de mise en œuvre coordonnée par les fournisseurs de services de santé recevant un financement pour les programmes de prévention des chutes et inclut un cadre de mesures du rendement qui a permis de comparer les résultats des divers programmes.

L'objectif global de la stratégie de prévention des chutes du RLISS est de réduire le nombre et la gravité des chutes parmi les aînés de sa région en augmentant la sensibilisation et la mise en œuvre de programmes visant à traiter les facteurs de risque et à éviter les visites à l'urgence, les hospitalisations et les réadmissions évitables à la suite d'une chute.

En 2012-2013, les interventions suivantes ont été financées par la stratégie Vieillir chez soi et mises en œuvre pour réduire les chutes :

- Programmes d'exercice de prévention des chutes axés sur des pratiques exemplaires
- Cliniques mobiles de soins de continence
- Évaluations de la mobilité (ajustement d'appareils et accessoires fonctionnels)
- Évaluation de la sécurité du domicile (identification des risques pour la sécurité et facilitation de changements)
- Cliniques de soins des pieds pour les aînés à risque élevé (c.-à-d. diabète et néphropathie chronique)

---

[5] Beijer H. J.M et C. J. de Blaey, (2002) « Hospitalizations caused by adverse drug reactions (ADR): A meta-analysis of observational studies ». Pharm World Sci 2—2:46-54)

Par suite d'une évaluation exhaustive des programmes de prévention des chutes dans le RLISS, on a décidé d'octroyer un financement permanent aux programmes étant donné les succès reflétés par les mesures des résultats. On a effectué certains ajustements pour améliorer l'accès à la population cible et renforcé la coordination des divers programmes de prévention des chutes et d'exercice étant donné les preuves démontrant leur impact positif sur la diminution des chutes.

Prévention et gestion des maladies chroniques

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 16,7 % des résidents du RLISS de HNHB ont plus d'une maladie chronique diagnostiquée, notamment insuffisance cardiaque, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et diabète. Ce nombre enregistre une croissance soutenue à cause du vieillissement de la population du RLISS.

De nombreux résidents sont atteints de complications associées au diabète. Ainsi, chaque année plus de 200 personnes dans le RLISS subissent une amputation d'un pied ou d'un membre inférieur à cause de ces complications. Plusieurs activités au cours de la dernière année ont contribué à améliorer les soins offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques. Les exemples incluent l'élargissement des soins des pieds offerts aux personnes diabétiques et la mise en œuvre d'une équipe de soins de transition d'intervention rapide (voir la section sur la circulation des patients).

En 2012, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé que les centres régionaux de coordination du diabète (CRCD) et les programmes d'éducation du diabète (PED) qui relevaient du secteur hospitalier seraient dévolus aux RLISS pour favoriser une meilleure coordination et améliorer l'accès pour les résidents. Dans la mesure du possible, le personnel des CRCD a été transféré au RLISS et en cas de besoin un personnel additionnel a été embauché pour assumer les nouvelles responsabilités. Le bureau du RLISS de HNHB a été en mesure de loger le personnel additionnel dans ses locaux actuels – aucun espace additionnel n'a été nécessaire.

Cybersanté

Le Bureau de gestion des projets (BGP) de cybersanté du RLISS de HNHB joue un rôle important dans l'utilisation de la technologie et de l'innovation pour améliorer l'accès aux soins et la sécurité des patients à l'appui de la stratégie du gouvernement pour le système de santé. À l'échelle provinciale, cyberSanté Ontario a modifié la stratégie ontarienne sur le dossier de santé électronique (DES), abandonnant un modèle centralisé pour un modèle axé sur des carrefours régionaux.

Les RLISS sont répartis en trois carrefours ou grappes de cybersanté :

- Sud-Ouest de l'Ontario (SOO) : Érié St-Clair, Sud-Ouest, Waterloo Wellington et Hamilton Niagara Haldimand Brant
- Région du Grand Toronto (RGT) : Centre-Ouest, Mississauga Halton, Centre-Toronto, Centre, Centre-Est et Simcoe Nord Muskoka
- Nord-Est de l'Ontario (NEO) : Sud-Est, Champlain, Nord-Est et Nord-Ouest

Le partage de renseignements à l'échelle de la province et l'accès aux bases de données provinciales sont réalisés en reliant les carrefours régionaux à un carrefour provincial. Pour sa part, cyberSanté Ontario

établit les normes en matière de technologie de l'information (TI) qui seront utilisées lors de la mise en œuvre dans chaque carrefour régional. Le SOO et le NEO misent sur le travail de la GRT pour intégrer et partager les données et ont lancé des projets de planification accélérée. Le SOO est en mesure de créer rapidement un DES de première génération pour quelque quatre millions d'Ontariennes et Ontariens, lequel s'étendra à une importante portion du continuum de soins.

Integrated Decision Support (IDS) Warehouse

L'IDS est un puissant système d'aide à la décision qui appuie la planification systémique et les rapports sur le rendement. Cet entrepôt de données centralisé renferme des renseignements courants et détaillés sur les patients occupant des lits d'hôpitaux (soins actifs, soins de réadaptation, santé mentale et soins continus complexes), les visites à l'urgence, les chirurgies d'un jour, les cliniques de soins de médicaux de jour, les données sur les clients et les évaluations du CASC et les données sur les clients et fournisseurs des centres de santé communautaire et les patients du système informatique sur les ANS (SI-ANS).

Un identificateur propre à un patient relie les données de toutes les sources et donne aux utilisateurs accès aux données longitudinales du parcours du patient dans le système de santé. En plus des renseignements cliniques sur un patient, il fournit des informations financières et statistiques propres à chaque hôpital qui permettent d'évaluer les tendances pour trois ans. Outre les centres de santé communautaire et le Centre d'accès aux soins communautaire du RLISS de HNHB et l'Hôpital de Cambridge dans le RLISS de Waterloo Wellington, plus de dix sociétés hospitalières représentant environ 23 emplacements fournissent des données.

D'autres hôpitaux situés dans quatre autres RLISS (Waterloo Wellington, Centre-Toronto, Sud-Ouest et Champlain) se sont engagés à s'inscrire et à utiliser l'IDS au cours des 18 prochains mois ou tiennent des discussions à ce sujet. La mise en œuvre doit débuter selon un processus décalé au début de l'été dans le RLISS du Centre-Toronto et le RLISS du Sud-Ouest. Le RLISS de Waterloo Wellington s'est engagé de nouveau à s'inscrire à l'IDS et lui-même et deux autres RLISS demandent la tenue de réunions pour discuter des frais et de la mise en œuvre de l'inscription.

De nouveaux ensembles de données portant sur les données des patients du centre de cancérologie ambulatoire seront intégrés et les parcours de ces patients seront reliés à l'IDS à l'automne 2012 (mise en œuvre régionale de MOSAIQ du RLISS de HNHB). En outre, on explore actuellement l'ajout des renseignements des SMU (ambulanciers et paramédicaux) pour améliorer les rapports sur les traitements à l'urgence et l'on a entamé une fonctionnalité améliorée du système et de l'infrastructure donnant accès à l'IDS. On a intégré dans l'IDS un modèle de données amélioré pour les ANS et les SCC ainsi que des indicateurs du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement pour suivre les patients atteints de ces troubles dans le RLISS. On a également ajouté à l'IDS des écrans de rapports et des écrans de profils de patients améliorés.

On compte plus de 250 utilisateurs inscrits (principalement des analystes). On envisage d'intégrer les données de l'IDS dans ClinicalConnect, car l'IDS peut fournir des renseignements complémentaires utiles aux médecins traitants et venir en aide aux fournisseurs de services d'urgence.

ClinicalConnect

ClinicalConnect, un portail électronique sécurisé, permet aux médecins autorisés et aux fournisseurs de services de santé participant au cercle de soins d'un patient de consulter les dossiers des patients stockés électroniquement en temps réel, à n'importe où et n'importe quand. ClinicalConnect est un cadre d'intégration

qui facilite la consultation et le partage des renseignements sur la santé à l'échelle régionale dans le continuum de soins y compris des sources de données provinciales à mesure qu'elles sont disponibles.

Aujourd'hui, ClinicalConnect fournit un dossier de santé électronique virtuel aux RLISS de HNHB et de Waterloo Wellington (WW), représentant plus de deux millions de patients. Il relie 28 hôpitaux situés dans les deux RLISS. Il inclut également les notes sur les soins pour le cancer du Juravinski Cancer Centre et du Walker Cancer Centre à St. Catharines et des renseignements provenant des centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de HNHB et de WW. Le dernier grand hôpital, Grand River Hospital and Cancer Centre sera en ligne le 27 mars 2013. Les données des laboratoires privés du SILO (Système d'information de laboratoire de l'Ontario) seront intégrées aux données de laboratoire actuelles des hôpitaux régionaux d'ici au mois de juin 2013. Également en juin 2013, les données des évaluations des soins infirmiers du projet RSAIS seront disponibles. Un projet pilote d'acheminements électroniques a été lancé, tirant parti du système CHRIS du CASC et de ClinicalConnect. De plus, ce dernier peut être un catalyseur pour les maillons santé.

Projet de dépôt d'imagerie diagnostique régional

Le projet de dépôt d'imagerie diagnostique régional a continué les travaux d'intégration avec les hôpitaux régionaux et s'attache à intégrer et à mettre en œuvre le dépôt d'imagerie diagnostique (DI-r) par l'entremise de ClinicalConnect. Huit hôpitaux dans le RLISS et trois hôpitaux du RLISS de WW sont en ligne. L'intégration de ClinicalConnect au DI-r est en cours et la mise en œuvre aura lieu en 2013.

Dépôt de GISC pour les données sur la santé mentale et les dépendances

Le système de Dépôt de Gestion de l'information sur les soins communautaires pour les données sur la santé mentale et les dépendances est presque terminé. Le RLISS d'Érié St-Clair héberge la base de données. L'objectif est d'intégrer ce dépôt dans ClinicalConnect.

Projets de cybersanté de l'Ontario

Le RLISS a reçu des fonds de Cybersanté Ontario pour exécuter divers projets. Il pourra ainsi poursuivre son plan stratégique local en synchronisation avec les priorités du gouvernement. Le RLISS participe à de nombreux projets et continue de travailler de concert avec d'autres RLISS du Sud-Ouest de l'Ontario, Cybersanté Ontario et Inforoute santé Canada. Voici quelques projets appuyés grâce à un financement de Cybersanté Ontario, d'Inforoute santé Canada et du RLISS de HNHB :

- Élargissement et amélioration du soutien et de l'infrastructure de ClinicalConnect.
- Augmentation des usagers et gestion du changement.
- Élargissement de ClinicalConnect aux RLISS 1 et 2.
- Intégration des données des laboratoires privés du Système d'information de laboratoire de l'Ontario (Projet SILO) et de la base de données aux données actuelles des laboratoires des hôpitaux au sein de ClinicalConnect.
- Intégration du dépôt d'imagerie diagnostique dans ClinicalConnect pour fournir l'accès aux radiographies, aux IRM et autres images obtenues par le patient ailleurs dans la région.
- Intégration dans les bases de données provinciales qui améliorent les soins de transition offerts aux patients.
- Accès mobile à ClinicalConnect mis en œuvre formellement grâce à un financement d'Inforoute santé Canada.
- Mise en œuvre du logiciel sur les soins ambulatoires du programme d'oncologie régional rendu possible grâce à un financement d'Inforoute santé Canada.

On a obtenu un financement pour ce travail en grande partie grâce à l'intérêt manifesté par le RLISS pour la collaboration avec d'autres RLISS. En établissant des partenariats et en coordonnant leurs ressources, les RLISS du carrefour régional du SOO s'attachent à créer un système de cybersanté efficient et efficace pour les résidents de leurs collectivités.

Circulation des patients

La circulation des patients reste un domaine prioritaire pour le RLISS en 2012-2013. Cette année, les fournisseurs du RLISS, sous la direction du comité directeur des autres niveaux de soins (ANS) du RLISS ont continué de mettre en œuvre le plan d'action triennal sur la circulation des patients qui a été élaboré en 2011 dans le but d'apporter des améliorations durables.

La circulation des patients (CP) focalise le mouvement des particuliers au sein du système de santé (continuum), de la collectivité aux soins actifs en milieu hospitalier, des soins actifs aux soins postactifs ou au domicile. Il peut y avoir des périodes d'attente au sein du continuum. Cela se produit lorsqu'un grand nombre de patients hospitalisés sont en attente d'autres niveaux de soins ou que des personnes attendent longtemps. Les deux situations entravent la circulation des patients et ont des retombées negatives pour le particulier et le système de santé.

Perspective individuelle :

- Le rétablissement peut être retardé et, dans le cas des aînés, une régression physique et mentale peut se produire pendant qu'ils attendent d'être admis au milieu de soins postactifs approprié.
- Les séjours à l'hôpital inutilement longs exposent les patients à un risque plus élevé de complications nosocomiales.

Perspective systémique :

- Les hôpitaux ont des problèmes lorsque des personnes doivent être admises à cause d'une maladie aiguë ou d'une chirurgie planifiée et qu'un nombre élevé de patients hospitalisés ne nécessitant plus de soins actifs attend d'autres niveaux de soins. Il peut s'ensuivre l'annulation d'interventions non urgentes, de longs temps d'attente au service des urgences (SU) ou des retards à l'obtention des services requis.

Une des mesures utilisées par le RLISS pour calculer le nombre de jours qu'une personne passe à l'hôpital en attente d'un autre niveau de soins est le taux d'ANS en soins actifs. Un taux faible signifie que les gens passent moins de temps en attente de soins postactifs dans un hôpital de soins actifs. Le type de soins postactifs attendus dépend de leurs besoins de soins immédiats et à long terme et peut être l'un des suivants : soins postactifs de rétablissement/convalescence, soins complexes, services de réadaptation, services de soutien communautaire à domicile, services de santé mentale, services d'aide à domicile ou de logement avec services de soutien et soins de longue durée dans un foyer.

Le RLISS surveille le nombre de jours qu'une personne attend à l'hôpital d'être admise à un milieu offrant d'autres niveaux de soins de deux façons :

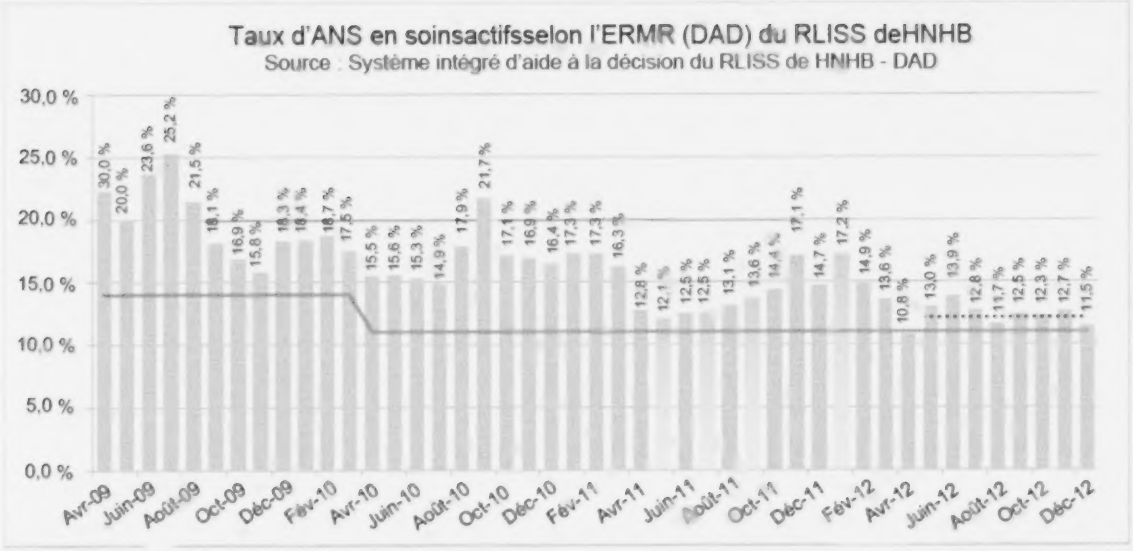
- Le nombre total de jours qu'un patient a passés à l'hôpital en attendant d'autres niveaux de soins avant d'obtenir son congé. Ce sont des cas clos.
- Le nombre de jours que les patients encore hospitalisés passent à attendre un milieu offrant d'autres niveaux de soins. Ce sont des cas ouverts.

Réussites de l'année dernière :

- Il y a eu une amélioration soutenue du taux d'ANS en soins actifs du RLISS; le taux est inférieur à 14 % depuis mai 2012 et on a signalé le taux le moins élevé (12,1 %) en décembre 2012[6] (se reporter à la figure 1).
- Le nombre de personnes attendant à l'hôpital une admission à un autre milieu de soins a diminué de 656 en janvier 2010 à 391 en novembre 2012 (se reporter à la figure 2).
- Le nombre de patients attendant à l'hôpital une admission à un foyer de soins de longue durée (SLD) a diminué de 360 en août 2010 à 133 en janvier 2013[6], le nombre le plus bas signalé depuis 2009.
- En novembre 2012, le RLISS a signalé le nombre de patients en attente d'ANS le moins élevé en un mois (7 676) depuis que la présentation de rapports a débuté en 2009 – c'est une amélioration de 100 % par rapport aux 15 428 journées consacrées aux ANS signalées en juin 2009[6].
- En date de décembre 2012, 906 patients ont été admis aux programmes d'évaluation et de rétablissement du RLISS et plus de 77 % de ces patients ont obtenu leur congé à domicile[7].
- On a mis en œuvre une équipe de soins de transition d'intervention rapide (R2T2) pour permettre aux patients atteints de troubles complexes de retourner chez eux de l'hôpital et d'y recevoir un soutien. En date de septembre 2012, le programme avait aidé 190 patients rentrés chez eux de l'hôpital et 150 clients dans la collectivité[8].
- On a offert un soutien continu aux patients nécessitant un niveau plus élevé de soutien communautaire rentrés chez eux après un séjour à l'hôpital entre le 1er avril et le 30 septembre 2012 :
    - 1 660 ont reçu un maximum de services[9].
    - 529 patients ont obtenu leur congé de l'hôpital au titre de Chez soi avant tout; 478 d'entre eux étaient des aînés.
    - 37 % des patients rentrés chez eux après un séjour à l'hôpital ont été identifiés comme nécessitant des niveaux élevés de soins[10].
    - Un nombre estimatif de 22 242 journées consacrées aux ANS ont été prévenues grâce au soutien offert à domicile aux patients ayant des besoins de soins de niveau élevé[11].

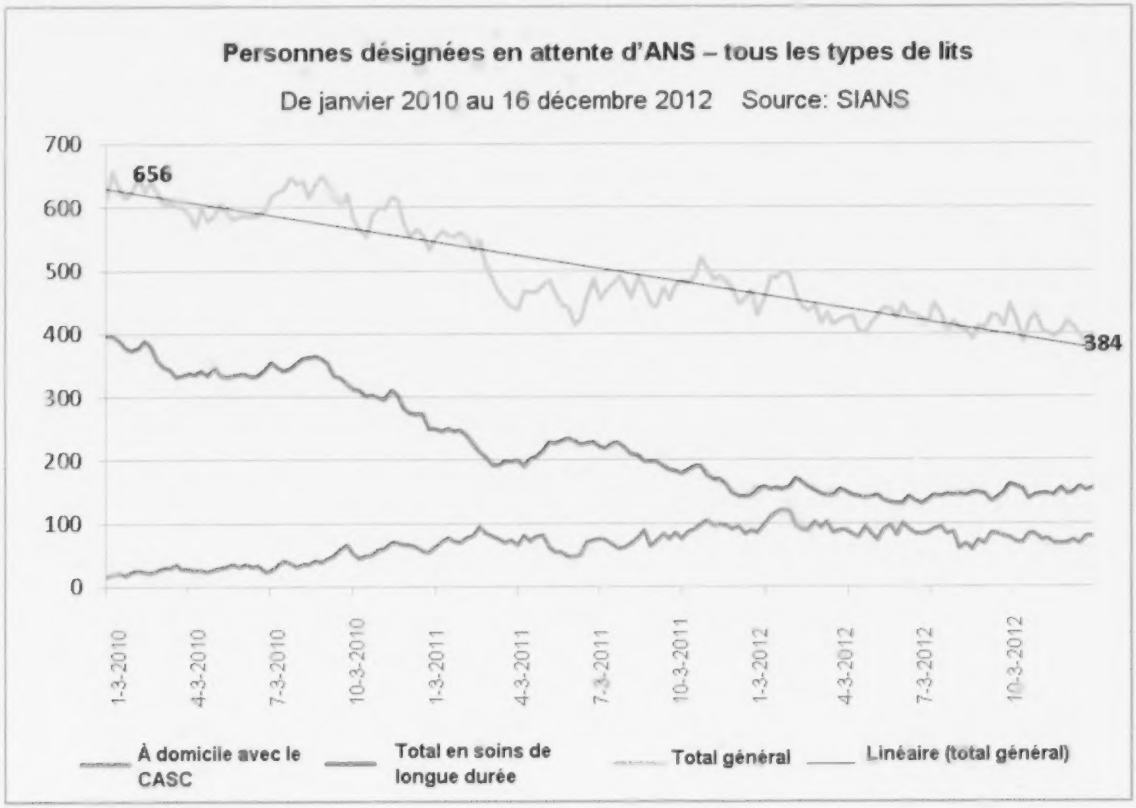
[6] RLISS de HNHB, Weekly Hospital ALC Trigger Report, janvier 2013.
[7] CASC de HNHB, rapport sur les ANS, décembre 2012.
[8] CASC de HNHB, rapport sur R2T2, septembre 2012.
[9] CASC de HNHB, rapport du deuxième trimestre 2012-2013.
[10] CASC de HNHB, données de Vieillir chez soi du deuxième trimestre de 2012-2013, octobre 2012.
[11] HNHB LHIN Community ALC Investment Report, novembre 2012.

Figure 1



Remarque : le nombre plus élevé en novembre 2011 et en janvier 2012 découle du renvoi de plusieurs patients hospitalisés qui attendaient depuis longtemps une admission à un milieu de soins approprié.

Figure 2



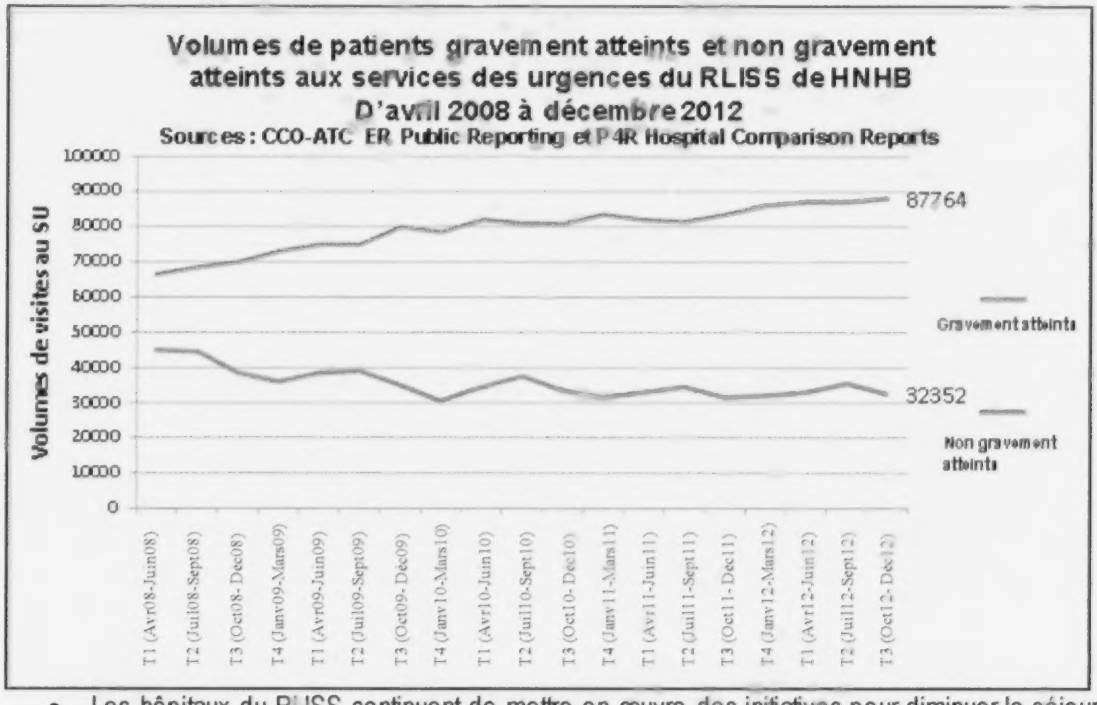
Durée du séjour aux services des urgences

La durée du séjour au SU est la durée de la visite à l'urgence à partir du triage ou de l'inscription (le premier des deux prévalant) jusqu'au départ de l'urgence ou à l'admission à un lit pour malade hospitalisé. Durant ce temps, la personne voit le personnel médical et reçoit des soins.

La durée du séjour au SU est mesurée au 90e percentile et représente le temps que la neuvième personne sur dix a attendu. Par exemple, si dix personnes se rendent à un SU et que huit ont été traitées et ont quitté le SU moins de deux heures après leur inscription, mais que la visite de la neuvième personne a duré huit heures, le temps d'attente au 90e percentile est huit heures.

Le RLISS compte 13 SU répartis entre neuf sociétés hospitalières. Cette année, les hôpitaux du RLISS ont signalé une augmentation du nombre de visites au SU dans le contexte d'une tendance croissante enregistrée en 2011-2012. En date de décembre 2012, ils ont signalé 361 969 visites[12], soit 16 807 visites de plus que durant la même période en 2011-2012[13]. Les visites accrues aux SU sont faites par les personnes gravement atteintes (se reporter à la figure 3) et les patients admis. Le nombre de patients non gravement atteints est resté relativement stable durant l'année.

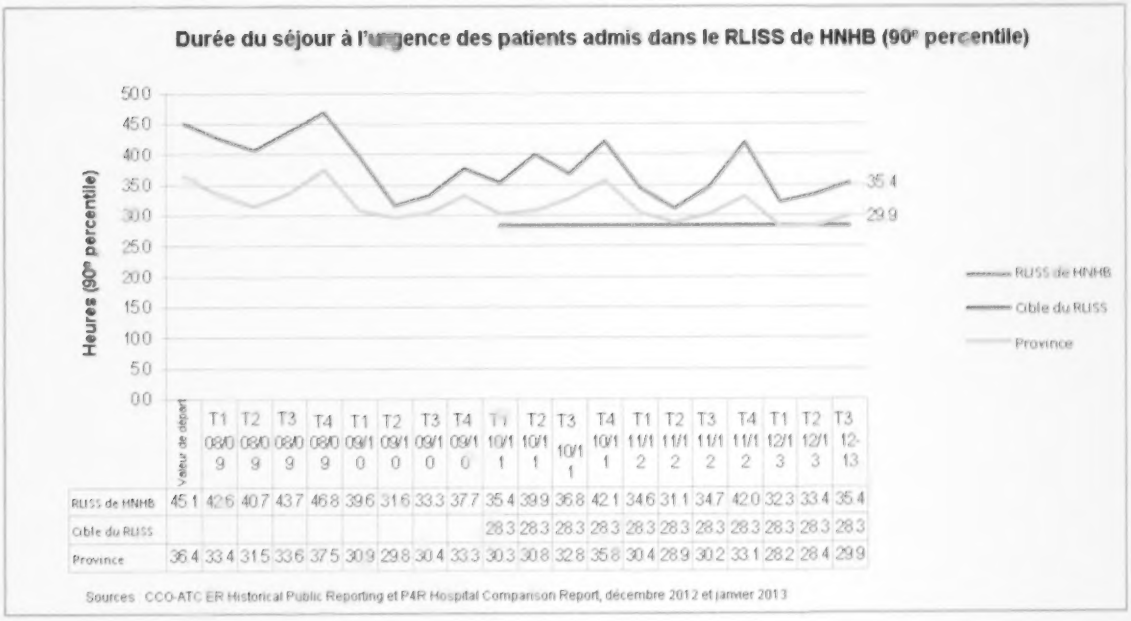
Figure 3



- Les hôpitaux du RLISS continuent de mettre en œuvre des initiatives pour diminuer le séjour au SU, mais ils ont de la difficulté à maintenir les améliorations. Un examen du rendement du RLISS pour cette mesure révèle que la durée du séjour augmente durant les mois d'automne et d'hiver. Le rendement du RLISS est semblable celui de la province; il a été incapable de diminuer la durée du séjour à l'urgence à un niveau égal ou inférieur à celui de la province (se reporter à la figure 4).

[12] CCO-ATC ER Public Reporting et P4R Hospital Comparison Report, décembre 2012.
[13] CCO-ATC ER Historical Public Reporting et P4R Hospital Comparison Report Avr 2008 à mars 2012 et janvier 2013.

Figure 4



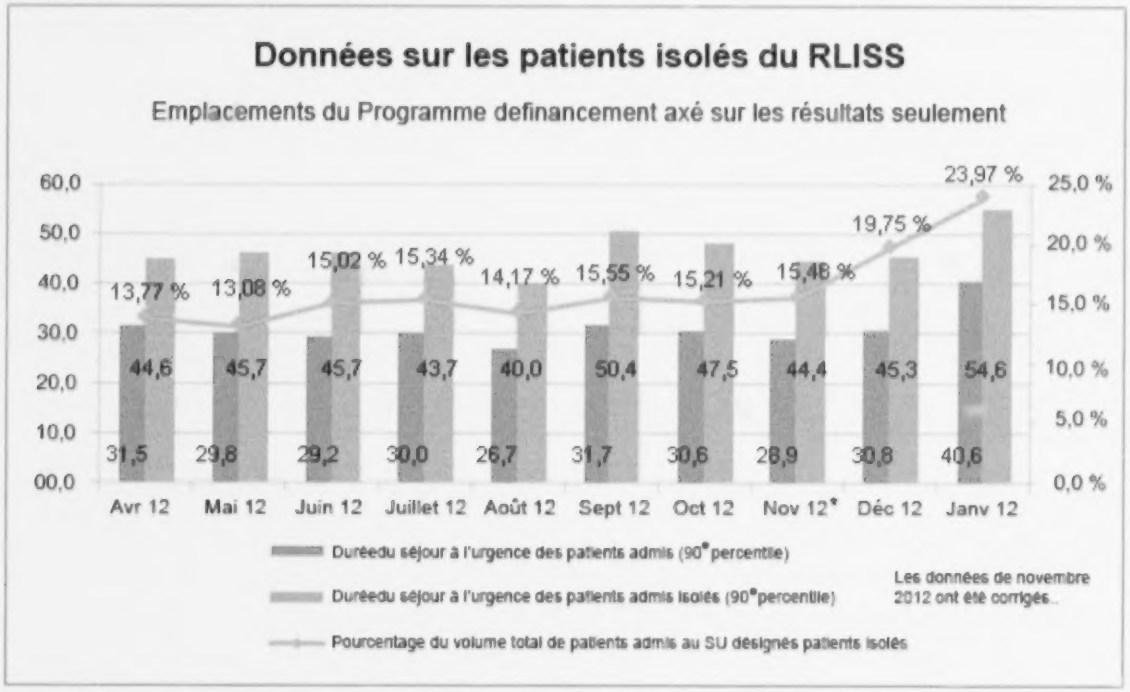
	Valeur de départ	T1 08/09	T2 08/09	T3 08/09	T4 08/09	T1 09/10	T2 09/10	T3 09/10	T4 09/10	T1 10/11	T2 10/11	T3 10/11	T4 10/11	T1 11/12	T2 11/12	T3 11/12	T4 11/12	T1 12/13	T2 12/13	T3 12-13
RLISS de HNHB	45.1	42.6	40.7	43.7	46.8	39.6	31.6	33.3	37.7	35.4	39.9	36.8	42.1	34.6	31.1	34.7	42.0	32.3	33.4	35.4
Cible du RLISS										28.3	28.3	28.3	28.3	28.3	28.3	28.3	28.3	28.3	28.3	28.3
Province	36.4	33.4	31.5	33.6	37.5	30.9	29.8	30.4	33.3	30.3	30.8	32.8	35.8	30.4	28.9	30.2	33.1	28.2	28.4	29.9

Sources : CCO-ATC ER Historical Public Reporting et P4R Hospital Comparison Report, décembre 2012 et janvier 2013

Les facteurs affectant le temps d'attente des patients admis identifiés par les hôpitaux du RLISS sont les suivants :

- Augmentation du nombre de visites à l'urgence
- Hausse du nombre d'aînés atteints de troubles complexes se présentant à l'urgence
- Nombre plus élevé de personnes nécessitant l'isolement. Ces personnes ont une durée du séjour plus longue, car elles attendent un lit approprié (se reporter à la figure 5).
- Non-disponibilité de lits pour malades hospitalisés
- Restrictions des admissions aux foyers de soins de longue durée par suite de flambées (grippe).

Figure 5



Activités clés pour réduire la demande et les temps d'attente au SU

Programme de financement axé sur les résultats

Huit hôpitaux dotés d'un SU répartis entre cinq sociétés hospitalières ont participé au Programme de financement axé sur les résultats. Grâce à cette stratégie, les hôpitaux reçoivent un financement unique pour mettre en œuvre des améliorations aux processus destinées à diminuer la durée du séjour à l'urgence et à rationaliser la circulation des patients. Ces démarches incluent l'établissement de zones d'évaluation rapide pour les patients non gravement atteints, la mise en œuvre de coordonnateurs de la circulation des patients, l'amélioration des services de soutien à l'urgence et l'ajout d'heures pour le personnel infirmier de triage et les médecins de l'urgence.

Responsables de cas du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC)

Les SU plus importants du RLISS emploient des coordonnateurs de soins du CASC. En date de janvier 2013, la présence de responsables de cas du CASC dans les services des urgences a permis d'éviter 3 118[14] admissions. En cas de besoin, les responsables de cas du CASC organisent la prestation de soins dans la collectivité plutôt qu'à l'hôpital.

Outil de dépistage pour les aînés à risque élevé

Cette année, le RLISS, en association avec le CASC, a mis en œuvre un outil de dépistage fondé sur des données probantes afin de repérer les aînés à risque élevé susceptibles d'avoir besoin d'un soutien communautaire. L'outil piloté en 2011-2012 dans deux hôpitaux du RLISS sera utilisé dans tous les SU du RLISS d'ici au 31 mars 2013. En date du 31 décembre 2012 :

[14] CASC de HNHB, rapport mensuel, janvier 2013.

- 648 personnes ont été dépistées et identifiées comme étant à risque élevé. Parmi elles, 373 personnes n'étaient jamais venues au CASC et ont été acheminées à des services communautaires. Les services qui leur ont été fournis étaient de nature diverse et ont coûté en tout 685 720 $[15].

Health Care Connect

Ce programme exploité par le Centre d'accès aux soins communautaires de HNHB met les résidents qui n'ont pas de médecin de famille en rapport avec un fournisseur de soins primaires. Cette démarche diminuera la demande de services d'urgence. En date de décembre 2012, parmi les 10 027 patients admissibles inscrits au programme, 95,38 % avaient été acheminés à un fournisseur de soins primaires et 89 44 % des clients avaient été acheminés en moins de 30 jours[16].

Accès amélioré aux centres de soins urgents (CSU)

Le RLISS compte six centres de soins urgents. Les résidents ayant des besoins de santé moins urgents peuvent être traités à des centres de soins urgents plus rapidement qu'aux services des urgences. Entre avril 2012 et février 2013, les CSU du RLISS ont signalé 135 427 visites et ont été en mesure de traiter les clients dans le délai recommandé presque tout le temps[17].

Cliniques d'évaluation rapide en médecine interne générale (CERMIG)

La demande a continué d'augmenter aux deux CERMIG situées à l'emplacement McMaster de Hamilton Health Sciences et au campus Charlton du Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton en 2012-2013. Ces cliniques financées au titre de la stratégie Vieillir chez soi du RLISS ont facilité l'accès aux consultations en médecine interne générale (MIG) à l'aide d'un service de consultations externes. Le programme diminue le temps d'attente à l'urgence en donnant accès à des internistes généraux dans un délai de 24 à 48 heures, permettant ainsi aux médecins des SU de donner leur congé aux patients qui peuvent être examinés dans une consultation externe au lieu d'attendre au SU.

En date de septembre 2012, les deux cliniques ont examiné 1 920 nouveaux clients et 895 clients pour des visites de suivi, envisagé d'orienter 312 personnes ailleurs qu'au SU et autorisé 212 patients à quitter l'hôpital plus tôt grâce à une consultation de suivi. Un des programmes a rapporté une réduction de 70 % de la durée du séjour à l'urgence pour les patients vus à la clinique pour une consultation en MIG, comparativement aux patients examinés au SU pour une consultation en MIG[18].

Comité directeur des services des urgences

Le Comité directeur des services des urgences (CDSU) du RLISS fournit aux fournisseurs de services de santé et au RLISS des directives concernant la planification et la mise en œuvre de projets visant à améliorer la qualité des services offerts et les temps d'attente à l'urgence dans les collectivités du RLISS.

En 2012-2013, plusieurs projets financés l'année précédente ont présenté leurs résultats :

- Le projet Community Referrals by Emergency Medical Service (CREMS) a été élargi à Burlington, Haldimand, Brant et Niagara en 2012-2013. Le programme doit être mis en œuvre dans le comté de Norfolk en 2013-2014. En date du mois d'août 2012, le programme CREMS de Hamilton avait

---

[15] CASC de HNHB, rapport des données mensuelles, décembre 2012.
[16] Données de Health Care Connect pour HNHB, décembre 2012.
[17] IDS, rapport sur les temps d'attente à l'urgence, 3 avril 2013.
[18] Rapports trimestriels de rendement, deuxième trimestre de 2012-2013, HHSC et SCSJ

effectué 660 acheminements au CASC de HNHB et, parmi ceux-ci, 92 % avaient mené à la prestation de nouveaux services[19].

- Le McMaster Emergency Medicine Research Group (MEMRG) a terminé une étude financée par le comité directeur des services des urgences du RLISS examinant les indicateurs de qualité des services des urgences pour le traitement des troubles suivants : migraine, asthme, septicémie, accident vasculaire cérébral et infarctus aigu du myocarde. Le comité directeur travaille avec le chef des SU du RLISS et les chefs des divers SU pour mettre en œuvre les recommandations; la première série de recommandations porte sur la gestion des migraines au SU.
- Hamilton Health Sciences s'est associé au Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton et aux fournisseurs de services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour diminuer le recours au SU par les grands utilisateurs de ce service. Le travail est en cours, mais les résultats préliminaires sont positifs.

Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement

Le projet a pour but d'améliorer les soins et la circulation au sein du système pour les particuliers/soignants à risque de comportements réactifs. Toutes les activités du RLISS liées au projet sont éperonnées par l'énoncé de valeur suivant qui représente la voix de la personne ayant des comportements réactifs.

« Je suis qui je suis, donc aidez-moi à continuer de l'être. »

En 2012-2013, le RLISS a poursuivi l'élaboration et la mise en œuvre de quatre des plans d'amélioration cernés dans son plan d'action sur le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement. Ce sont :

- BSO Connect – un point d'information et d'acheminement centralisé (clients/soignants/fournisseurs de services de santé) fournissant des acheminements actifs, rapprochant les services des clients. Le CASC de HNHB exploite BSO Connect.
- Équipe mobile communautaire de soutien en cas de troubles du comportement – cinq équipes situées dans la région du RLISS au sein d'équipes d'intervention en cas de crise existantes fournissent un soutien « juste à temps » (crise) aux personnes manifestant des comportements réactifs ou risquant de le faire et les mettent en rapport avec un soutien à plus long terme.
- Modèle de service axé sur un responsable communautaire intégré (RCI) – selon ce modèle, un organisme communautaire est le point de contact unique pour les clients nécessitant un soutien en cas de troubles du comportement. Ce modèle est adopté par les fournisseurs de services de santé financés par le RLISS qui dispensent des soins au titre de ce projet.
- Équipe mobile de soutien en cas de troubles du comportement en SLD – cinq équipes ont été mises en œuvre dans le RLISS, servant les 86 FSLD du RLISS.

Réussites de l'année dernière :

- Les 86 foyers de soins de longue durée du RLISS ont signé des ententes formelles permettant au personnel de soutien en cas de troubles du comportement d'appuyer leurs pensionnaires.
- 41 organismes communautaires financés par le RLISS ont été identifiés comme étant responsables du modèle de service RCI du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement.
- Le modèle de service RCI a été mis en œuvre dans les cinq régions du RLISS.

[19] Services médicaux d'urgence de Hamilton

- En date du 31 mars 2013, les programmes suivants ont présenté des rapports :
    - BSO Connect a servi 459 personnes.
    - L'équipe mobile communautaire de soutien en cas de troubles du comportement a servi 701 clients, les mettant en rapport avec un soutien à plus long terme au besoin.
    - 41 organismes financés par le RLISS étaient exploités comme des responsables communautaires intégrés (RCI) pour les prestataires de soutien en cas de troubles du comportement dans le RLISS.
    - 6 172 services axés sur les clients ont été offerts aux pensionnaires de foyers de SLD entre octobre et le 31 mars 2013[20].
- 917 acheminements ont été effectués à l'équipe modèle de soutien en cas de troubles du comportement en SLD entre octobre et décembre 2012.
- 320 clients ont reçu de l'aide pour circuler au sein du système par le truchement du processus d'acheminement centralisé et de l'intervenant mobile de crise qui met les clients en rapport avec les services.
- Un plan de viabilité a été élaboré avec la participation de 75 intervenants, notamment administrateurs d'organismes de santé, personnel de première ligne, représentants des familles et médecins.
- On a élaboré 12 séances éducatives (diffusions sur le Web interactives et archivées) partageant de nouveaux modèles et des histoires de réussite réelles de clients.

Stratégie de réduction des temps d'attente

La Stratégie de réduction des temps d'attente continue de multiplier ses efforts en vue de réduire les temps d'attente pour l'accès aux soins, particulièrement en ce qui touche le cancer, les services cardiaques, l'imagerie diagnostique, les arthroplasties et les services de cataracte pour tous les résidents du RLISS.

Le RLISS a la chance de compter des personnes possédant une expertise et des connaissances poussées de l'interface entre la pratique clinique, la gestion des données et l'amélioration de la qualité. En 2012-2013, le RLISS a élaboré un partenariat local pour la réforme du financement du système de santé (PL-RFSS) et a demandé à des représentants des hôpitaux directement affectés et du CASC de s'y joindre. D'autres fournisseurs seront invités à participer à cette initiative, car la mise en œuvre de la RFSS implique d'autres secteurs.

Au bout du compte, le PL-RFSS fournira des conseils et un soutien au RLISS concernant l'exécution stratégique, la gestion du changement et les impératifs de mise en œuvre liés à tous les aspects de la réforme du financement du système de santé. Ce comité a pour objectif d'assurer une compréhension des questions clés et de leurs retombées pour l'ensemble du continuum à l'échelle du RLISS. L'évaluation concertée des opportunités et des risques clés et l'établissement de stratégies reposant sur un consensus renforceront la capacité du système tout entier à l'avenir.

Le PL-RFSS présentera des conseils sur les aspects suivants de la mise en œuvre de la RFSS :

- Changement systémique et alignement opérationnel.
- Engagement des médecins et du personnel.
- Risques éventuels et stratégies d'atténuation.
- Éducation et transfert du savoir.

[20] Données déclarées du programme, 31 mars 2013.

- Méthodologie (enjeux techniques, lacunes).
- Qualité et disponibilité des données.
- Communications.

En 2012-2013, le RLISS s'est engagé à l'égard de ses résidents à fournir un accès rapide à des services de qualité axés sur des analyses de données probantes, une participation active et l'utilisation efficace des sommes consacrées à la santé.

Le RLISS n'a pas constaté de réduction des temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche et du genou et une chirurgie de la cataracte en 2012-2013. Cependant, il a affiché d'importantes améliorations des temps d'attente pour un examen par imagerie diagnostique et des temps d'attente à la fin de l'exercice pour une chirurgie du cancer et un pontage coronarien.

Le RLISS a continué à faire face à des enjeux en 2012-2013 qui ont limité les réductions des temps d'attente rapportées, notamment :

- Une demande accrue due au manque de lits pour malades hospitalisés. Ces lits sont affectés par la demande non planifiée de services hospitaliers et l'incapacité de renvoyer une personne à un niveau de soins postactifs.
- La qualité et la variation des données. Le RLISS travaille avec les hôpitaux pour assurer que les données sont exactes et conformes aux normes provinciales. Les démarches incluent l'utilisation des dates affectant la disposition à traiter (DART) par les hôpitaux partenaires et les groupes de médecins du RLISS pour les arthroplasties totales et les cataractes.
- Les pratiques hospitalières incohérentes pour les plans de traitement qui affectent la circulation des patients. En 2012-2013, le RLISS a travaillé avec les hôpitaux pour normaliser les plans de traitement des patients pour les arthroplasties totales. En outre, le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton a travaillé sur son projet de traitement intégré des clients, stratégie visant à améliorer la circulation des patients.

Pour améliorer l'accès aux soins de santé et la qualité des services en 2012-2013, le RLISS et ses fournisseurs de services de santé de tous les secteurs ont effectué les activités suivantes :

- Ils ont mis en œuvre des stratégies d'amélioration appropriée à chaque hôpital pour réduire les temps d'attente, particulièrement à l'urgence et aux services d'imagerie diagnostique.
- Ils ont surveillé les tendances des temps d'attente durant l'année pour déterminer les secteurs de besoins et mis en œuvre des solutions locales et/ou régionales comprenant une réaffectation des fonds selon les besoins.
- Ils ont fourni aux intervenants une formation et de l'information afin de surveiller le rendement et favoriser des améliorations soutenues.
- Ils ont facilité une discussion concertée pour cerner les inégalités, diminuer les variations sur le plan des services et appuyer les plans d'amélioration de la qualité des hôpitaux et entre les hôpitaux pour maximiser la capacité des volumes et améliorer la circulation des patients.
- Ils ont travaillé étroitement avec les programmes provinciaux pour assurer la prestation de services optimaux dans les secteurs de la cardiologie et de la cancérologie à chacune des étapes.

Indicateurs du rendement

Indicateur du rendement	Valeur de départ du RLISS 2012-2013	Cible de rendement du RLISS 2012-2013	Plus récent trimestre de 2012-2013	Écart de la cible pour le résultat du plus récent trimestre*	Résultat annuel du RLISS pour l'exercice 2012-2013
1. Pourcentage de journées consacrées aux autres niveaux de soins (ANS) – par RLISS ou établissement **	15,37%	11,00%	12,86%	16,9%	13,89%
• Le RLISS de HNHB a continué à afficher une amélioration d'un trimestre à l'autre du pourcentage d'ANS en 2012-2013 qui est passé de 15,37 % à 12,86 %. • En 2012-2013, le RLISS a mis en œuvre du plan d'action triennal comprenant une stratégie regroupée visant à apporter une amélioration durable pour cet indicateur. En 2012-2013, la stratégie regroupée de circulation des patients a été élargie pour inclure une équipe de soins de transition d'intervention rapide (ESTIR) qui a été mise en œuvre à l'échelle du RLISS. Cette équipe aide les aînés à retourner chez eux après un séjour à l'hôpital et favorise une transition sans heurts. Elle aide également les aînés à risque élevé à rester dans leur propre domicile. • La stratégie regroupée pour la circulation des patients du RLISS inclut : une solide philosophie Chez soi avant tout, des examens de gestion intensive de cas pour toute personne ayant séjourné moins de 30 jours en attente d'ANS, des programmes de rétablissement comme l'évaluation et le rétablissement, la réadaptation lente et les soins de convalescence, la surveillance hebdomadaire, le dépistage d'intervention précoce pour les aînés à risque élevé au service des urgences et le programme d'ESTIR.					
2. Durée du séjour à l'urgence pour les patients admis – 90e percentile	35,45	28,30	41,45	46,5 %	35,63
• La durée du séjour à l'urgence pour les patients admis reste un des indicateurs les plus difficiles à améliorer d'une manière soutenue. Au cours des trois premiers mois (du 1er avril au 30 juin 2012), la durée des séjours à l'urgence a diminué de 3,15 heures, mais au cours des deux trimestres suivants elle a augmenté légèrement pour atteindre un sommet de 41,45 heures au dernier trimestre (du 1er janvier au 31 mars 2013). Le résultat annualisé de l'année était de 35,63 heures, soit 7,33 heures au-delà de la cible de 28,3 heures et un écart de 26 % par rapport à la cible. • La montée survenue en septembre 2012 est attribuable aux temps d'attente plus longs signalés par deux emplacements du Système de santé de Niagara (Hôpital général du Grand Niagara et Hôpital de Welland) et l'Hôpital Joseph Brant Memorial (HJBM). En décembre 2012 et en janvier 2013, les hôpitaux du RLISS ont signalé 6 239 et 6 192 patients admis à partir du SU. Cela représentait en moyenne 417 patients additionnels admis chaque mois par rapport au nombre de patients admis en novembre 2012 et les volumes de patients les plus élevés depuis que la durée du séjour au SU a été consignée en avril 2008. Ce volume accru a exercé des pressions énormes sur les hôpitaux et ces derniers ont ouvert des lits pour répondre à la demande accrue.					

- Les facteurs influençant les temps d'attente à l'urgence des hôpitaux sont les suivants : nombre élevé de patients admis à l'urgence, protocoles de contrôle des infections et nombre croissant de cas graves et de cas plus complexes de comorbidités.
- Le RLISS rencontre les hôpitaux qui affichent des temps d'attente plus longs tous les mois pour discuter de stratégies d'amélioration du rendement. Il travaille également avec son comité directeur des services des urgences pour élaborer un plan d'action triennal afin de réduire la durée du séjour à l'urgence des patients admis.

3. Durée du séjour à l'urgence des patients non admis ayant des troubles complexes (I-III sur l'ETG) – 90e percentile	7,75	7,50	7,82	4,3 %	7,80

- Le rendement annuel du RLISS affichait un écart de 0,3 heure par rapport à la cible de 7,5 heures; il était cependant dans le corridor de 10 % pour l'atteinte de la cible de l'ERMR. Au cours des cinq dernières années, le RLISS a enregistré une tendance à la hausse des volumes de patients gravement atteints (I-III sur l'ETG), ce qui a contribué aux gains réalisés par les hôpitaux pour cette mesure.
- Pour 2012-2013, les SU du RLISS ont traité 12 384 cas graves de plus, ce qui représente une hausse de 4,7 % par rapport à l'exercice précédent. Entre 2008-2009 et la fin de 2012-2013, le RLISS a enregistré une augmentation de 30 %, soit environ 63 713 visites de plus par des patients gravement atteints.
- En dépit de la tendance à la hausse des volumes, la durée du séjour à l'urgence globale du RLISS est restée relativement constante et reste dans le corridor.
- Les emplacements de St. Catharines et Welland du SSN sont les deux SU qui affichent le pire rendement dans ce domaine. Le personnel du RLISS effectue diverses activités avec ces deux emplacements pour améliorer leur rendement.

4. Durée du séjour à l'urgence des patients non admis ayant des troubles mineurs non compliqués (IV-V sur l'ETG) – 90e percentile	4,87	4,50	4,87	8,2 %	4,87

- Le rendement annuel du RLISS à la fin de l'exercice pour cet indicateur affichait un écart de 0,37 heure par rapport à la cible de 4,5 heures; il était cependant dans le corridor de 10 % pour l'atteinte de la cible de l'ERMR.
- Dans le cas des urgences recevant plus de 30 000 visites (emplacements participant au Programme de financement axé sur les résultats), cet indicateur s'établit entre 3,2 et 7,4 heures. Pour les emplacements qui ne participent pas au Programme (moins de 30 000 visites annuelles), la fourchette s'établit entre 1,7 et 7,1 heures. Bien qu'il y ait moins de variabilité entre les grands emplacements, le rendement des petits emplacements tend à être meilleur. L'Hôpital War Memorial de Haldimand affiche constamment le meilleur rendement pour cette mesure; parmi les emplacements participant au Programme de financement axé sur les résultats, l'emplacement de Niagara Falls du SSN obtient généralement le meilleur rendement pour cette mesure.
- Les facteurs contribuant aux temps d'attente rapportés pour les personnes non admises sont les suivants : le nombre de personnes attendant un lit d'hôpital à l'urgence exigeant des ressources et un espace de civière ainsi qu'un certain temps pour subir des tests médicaux (c.-à-d. analyses de

laboratoire, ultrasons). • Les hôpitaux du RLISS ont mis en œuvre des zones d'évaluation rapide, des directives médicales, des aires d'examen et de traitement pour les médecins et des infirmières praticiennes pour améliorer la circulation et réduire les temps d'attente pour les patients non admis ayant des troubles mineurs.					
5. Temps d'attente pour la chirurgie du cancer – 90e percentile	62	58	53	-8,62 %	57
• En 2012-2013, le RLISS de HNHB a dépassé d'un jour sa cible de rendement pour les temps d'attente pour la chirurgie du cancer au 90e percentile. • Le RLISS continue de surveiller les temps d'attente, mettant l'accent sur le plan de services cliniques de cancérologie à l'appui de la normalisation et de l'amélioration de l'accès pour les patients. Le plan de services cliniques de cancérologie a amélioré l'organisation régionale de la chirurgie oncologique selon la maladie. On a également établi des services satellites de cancérologie dans le RLISS pour assurer un traitement systémique et déployé un système commun d'information en oncologie (MOSAIQ) dans la région. • On élabore une fiche de pointage régionale, élément du plan de services cliniques de cancérologie, de concert avec les hôpitaux du RLISS. Il permettra de surveiller les mesures communes y compris les temps d'attente.					
6. Temps d'attente pour un pontage coronarien – 90e percentile	46	48	33	-31,25 %	36
• En 2012-2013, le RLISS a dépassé de dix jours sa cible de rendement pour les temps d'attente pour un pontage coronarien au 90e percentile. Cet indicateur signale uniquement le temps d'attente pour un pontage coronarien non urgent. • Le HHSC (emplacement General) est le seul fournisseur de services de chirurgie cardiaque dans le RLISS. En 2012-2013, le RLISS a régulièrement surveillé les services de cardiologie pour s'assurer que les cibles étaient atteintes.					
7. 90th Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte – 90e percentile	143	150	204	36,00 %	189
• En 2012-2013, le RLISS n'a pas atteint sa cible de rendement au 90e percentile pour les temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte. Il a examiné les données au niveau de l'hôpital et du groupe d'intervention pour cerner des domaines de normalisation et améliorer l'accès pour les patients. • Les hôpitaux ont signalé une demande accrue dans ce secteur. Le RLISS a donc octroyé un financement additionnel au cours de l'hiver 2012-2013 pour tenter d'atténuer les pressions. • Les volumes de chirurgie de la cataracte du RLISS ont été réduits de 12 % par rapport aux chiffres de l'année dernière par le truchement de l'affectation au titre des procédures fondées sur la qualité (PFQ). Cette mesure a un impact sur la prestation de services et les temps d'attente dans ce secteur. Le RLISS a travaillé avec les hôpitaux qui fournissent des services de chirurgie de la cataracte pour mettre en œuvre la nouvelle formule de financement axée sur les PFQ, y compris le repérage et l'atténuation des retombées pour les volumes et autres services. • Le RLISS a travaillé avec ses hôpitaux fournisseurs pour élaborer des stratégies plus ciblées pour les cas qui attendent longtemps et l'utilisation de techniques de gestion des listes d'attente comme les dates affectant la disposition à traiter (DART).					
8. Temps d'attente pour	229	182	274	50,55 %	249

l'arthroplastie de la hanche – 90e percentile					
• En 2012-2013, le RLISS n'a pas atteint sa cible de rendement au 90e percentile pour les temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche ni pour les temps d'attente pour l'arthroplastie du genou. • Le RLISS a achevé le plan de capacité orthopédique intégrée (PCOI) en collaboration avec les hôpitaux et les médecins et l'a soumis au ministère le 31 mars 2013. Le travail du RLISS sur le PCOI a permis de mettre en œuvre les mesures et les changements aux pratiques requis pour atteindre les cibles énoncées dans la fiche de pointage orthopédique provinciale. Le groupe se concentre sur ce qui suit : l'établissement d'un processus normalisé pour les patients à partir du moment où ils arrivent à la clinique préopératoire jusqu'à ce qu'ils obtiennent leur congé des soins actifs; l'établissement de plans de traitement normalisés pour les patients qui subissent une arthroplastie totale; le partage de pratiques exemplaires pour diminuer la durée du séjour et favoriser des congés sans heurts. • Le RLISS a rencontré les chirurgiens pour discuter de la gestion des listes d'attente et des services d'aide à la décision dans les hôpitaux pour assurer l'utilisation de processus de codage appropriés. Il a également fourni une comparaison des données du RLISS et des hôpitaux pairs aux vice-présidents des services cliniques. Ces renseignements ont permis au RLISS de mettre en œuvre des stratégies liées à l'orthopédie et d'autres possibilités d'amélioration en association avec les hôpitaux et la collectivité (CASC).					
9. Temps d'attente pour l'arthroplastie du genou – 90e percentile	267	182	362	98,90 %	331
• Voir la section précédente.					
10. Temps d'attente pour un examen diagnostique par IRM – 90e percentile	91	75	55	-26,67 %	61
• En 2012-2013, le RLISS a dépassé de 14 jours sa cible de rendement au 90e percentile pour les temps d'attente pour un examen par IRM. • Les hôpitaux présentent un rapport mensuel sur les temps d'attente et les volumes relatifs aux cas priorité 4 au RLISS et des téléconférences/réunions ont eu lieu avec les hôpitaux individuels au besoin. Chaque hôpital a envoyé au RLISS des tableaux de bord hebdomadaires sur l'IRM pour permettre une surveillance étroite de leurs cibles d'efficacité. • Le RLISS a travaillé avec divers intervenants (auxquels s'ajouteront les hôpitaux, les médecins, etc.) pour établir un groupe de travail sur l'imagerie diagnostique pour sa région.					
11. Temps d'attente pour un examen diagnostique par tomodensitométrie – 90e percentile	45	41	39	-4,88 %	38
• En 2012-2013, le RLISS a dépassé de 3 jours sa cible de rendement au 90e percentile pour les temps d'attente pour un examen par tomodensitométrie. • Le RLISS a travaillé de près avec les hôpitaux pour surveiller la mise en œuvre des plans d'amélioration de la qualité et le partage de pratiques exemplaires afin d'assurer des résultats optimaux. Il continuera de travailler avec les hôpitaux, les chefs de l'ID et les groupes de travail pour maintenir et améliorer ces temps d'attente. Le groupe des chefs de l'ID ont cerné les priorités pour 2012-2013. Ce sont : l'achèvement et la collecte du sondage qui a déjà été distribué concernant l'inventaire du matériel, les volumes et les procédures liés à la tomodensitométrie et à l'IRM; la mise					

en œuvre d'une meilleure pratique commune à l'échelle du RLISS relative aux nodules pulmonaires solitaires et la mise en œuvre de ACR-6 Choose Wisely, un document qui présente des normes de meilleures pratiques et de mise en œuvre précises.

- En novembre 2012, les chefs de l'ID ont animé une journée de formation pour les médecins de soins primaires. Cette séance a posé les assises d'une procédure de gestion intégrée de la qualité pour les patients du RLISS.

12. Réadmission dans un délai de 30 jours pour des groupements de maladies analogues sélectionnées* **	15,62 %	14,50 %	16,16 %	11,45 %	16,40 %

- Le RLISS n'a pas atteint sa cible de rendement de 14,5 %, mais il a affiché une amélioration continuelle d'un trimestre à l'autre en ce qui a trait au pourcentage de patients réadmis pour des groupements de maladies analogues sélectionnées en 2012-2013 qui est passé de 16,73 à 16,16. Il importe de noter que, pour des questions de disponibilité des données, le pourcentage signalé pour 2012-2013 reflète la période de douze mois allant du 1er octobre 2011 au 30 septembre 2012.
- Le RLISS a mis en œuvre plusieurs stratégies pour assurer que les admissions et réadmissions à l'hôpital sont appropriées, notamment :
    - L'outil de dépistage d'intervention précoce pour les aînés à risque élevé susmentionné. Cet outil permet de dépister les personnes à risque de consultations au SU ou d'hospitalisations. Les personnes qui répondent aux déclencheurs de l'outil sont acheminées au CASC pour obtenir des services nouveaux ou améliorés et un acheminement aux services communautaires.
    - La mise en œuvre du programme d'équipe de soins de transition d'intervention rapide (ESTIR) à l'échelle du RLISS comme on l'a mentionné dans la section sur le pourcentage de journées consacrées aux ANS.
    - L'élaboration d'un ensemble d'outils pour la fin de l'intervention/la transition de Qualité des services de santé Ontario.

13. Visites à l'urgence non planifiées répétées dans un délai de 30 jours pour des troubles mentaux* **	19,93 %	18,40 %	18,04 %	-1,96 %	18,57 %

- Le RLISS a mis en œuvre plusieurs initiatives qui ont mené à une diminution du pourcentage de visites à l'urgence non planifiées répétées dans un délai de 30 jours pour des troubles mentaux en 2012-2013 :
    - La mise en vigueur continue d'un modèle centralisé de financement des paiements à la séance pour les services psychiatriques accélère l'accès pour les clients et fournit aux gens un meilleur accès aux psychiatres dans les régions insuffisamment desservies du RLISS.
    - Les fournisseurs de services de santé mentale ont terminé la mise en place de l'Évaluation commune des besoins en Ontario (ECBO).
    - La mise en œuvre d'un Dossier d'évaluation médicale intégré (DEMI) est en cours avec les hôpitaux offrant des services de santé mentale pour malades hospitalisés. Cet outil facilite le partage des évaluations du client entre la collectivité et l'hôpital.
    - Des équipes mobiles d'intervention et de soutien en cas de crise sont en activité à Niagara et à Hamilton et l'on prévoit des services d'intervention en cas de crise pour le système de santé mentale pour enfants.

- L'élargissement du programme d'intervention précoce en cas de psychose à Niagara et la mise en œuvre d'un nouveau programme intégré dans les comtés de Brant et Haldimand-Norfolk améliore l'accès dans les régions insuffisamment desservies du RLISS.
- La mise en place d'infirmières en santé mentale dans les conseils scolaires de district.
- Le travail continu en vue de bâtir un continuum de capacité d'intervention en cas de crise au SU des hôpitaux et dans la collectivité; l'ajout de trois postes de travailleurs sociaux à l'appui des services d'intervention en cas de crise dans les régions de Brant, Burlington et Niagara.
- L'initiative des infirmières du RTO est en cours et la plupart des postes d'infirmières et d'infirmières praticiennes ont été pourvus; cette initiative contribuera à améliorer l'accès dans les régions insuffisamment desservies du RLISS (Brant, Haldimand-Norfolk et Niagara).
- La mise en œuvre d'un programme amélioré de services gériatriques spécialisés (interdisciplinaires et multipartenaires) à Haldimand-Norfolk et Niagara est terminée et le programme fonctionne à pleine capacité.

14. Visites à l'urgence non planifiées répétées dans un délai de 30 jours pour des problèmes dus à l'abus d'alcool et d'autres drogues* **	22,40 %	21,40 %	20,42 %	-4,58 %	24,27 %

- Le RLISS compte une proportion élevée de personnes atteintes de troubles concomitants (toxicomanies et troubles mentaux). Les fournisseurs de services de santé affirment que ce groupe est difficile à servir. Les recherches actuelles sur les troubles concomitants suggèrent qu'il y a une prévalence élevée de personnes ayant des problèmes dus à l'abus d'alcool et d'autres drogues qui ont également des troubles mentaux. C'est pourquoi le RLISS a décidé de ne pas séparer ces indicateurs et de focaliser ses stratégies sur ce double problème.
- Huit fournisseurs de services de santé du RLISS s'occupent principalement de personnes ayant des problèmes dus à l'abus d'alcool et d'autres drogues. L'éventail des services est le suivant : services de traitement en établissement, programmes de gestion du sevrage, programmes de lutte contre le jeu compulsif, évaluation, traitement/counseling, sensibilisation/promotion de la santé, entraide et programmes de jour.
- Le RLISS n'a pas atteint sa cible de fin d'exercice pour cet indicateur, mais plusieurs initiatives ont été mises en œuvre cette année pour aider les clients toxicomanes, notamment :
  - Des tables de résolution des soins complexes se réunissent régulièrement à Hamilton et Niagara pour discuter des toxicomanes qui utilisent souvent les SU des hôpitaux.
  - La surveillance étroite d'OxyContin par les fournisseurs de services aux toxicomanes a servi à étayer les services de traitement des dépendances dans le RLISS. Par conséquent, les nouvelles sommes investies dans les régions insuffisamment desservies du RLISS ont ciblé les logements avec services de soutien et la gestion de cas pour les toxicomanes.
  - Logements avec services de soutien et gestion de cas pour les toxicomanes.

15. Temps d'attente au 90e percentile pour les services de soins à domicile du CASC entre la demande en milieu communautaire et le premier service du CASC (gestion de cas	29	26	22	-15 %	26

exclue)**					
• En 2012-2013, le RLISS a atteint sa cible de rendement au 90e percentile pour les temps d'attente pour cet indicateur. • Le RLISS continue de travailler de près avec le CASC et les organismes de services de soutien communautaire pour assurer un accès rapide aux services à domicile. Il a approuvé un financement de base d'environ 10 millions de dollars pour permettre au CASC d'augmenter ses services.					

** Un pourcentage négatif signifie que le RLISS est en deçà de sa cible.*

*** Les données pour l'exercice 2012-2013 portent sur les quatre derniers trimestres (3e trimestre de 2010-2011 et 2e trimestre de 2011-2012) pour des questions d'accessibilité.*

**** Les données pour l'exercice 2011-2012 portent sur les quatre derniers trimestres (4e trimestre de 2010-2011 et 3e trimestre de 2011-2012) pour des questions d'accessibilité.*

États financiers et notes y afférentes

Rapport de l'auditeur indépendant 51

État de la situation financière 53

État des activités financières 54

État de la variation de la dette nette 55

État des flux de trésorerie 56

Notes complémentaires 57

Deloitte

Deloitte s.r.l.
5140 Yonge Street
Suite 1700
Toronto (Ontario) M2N 6L7
Canada

Tél. : 416-601-6150
Téléc. : 416-601-6151
www.deloitte.ca

Rapport de l'auditeur indépendant

Aux membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2013 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables pour le secteur public du Canada, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus dans le cadre de notre audit sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant au 31 mars 2013, ainsi que des résultats de ses activités financières, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux Normes comptables pour le secteur public du Canada.

Deloitte s.r.l.

Comptables professionnels agréés, comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 29 mai 2013

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État de la situation financière
au 31 mars 2013

	2013	2012
	$	$
Actifs financiers		
Trésorerie	521 790	1 136 961
Débiteurs – Financement de cyberSanté Ontario	-	200 000
Montant à recevoir au titre de la taxe de vente harmonisée	20 926	32 298
Débiteurs – Autres	16 627	92 991
Montant à recevoir du Ministère relativement aux fournisseurs de services de santé (note 9)	11 936 000	5 292 440
	12 495 343	6 754 690
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	223 768	853 210
Montant à verser au Ministère (note 3b)	361 391	635 488
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé par le Ministère (note 9)	11 936 000	5 292 440
Montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS (note 4)	9 196	-
Apports de capital reportés (note 5)	19 088	155 301
	12 549 443	6 936 439
Dette nette	(54 100)	(181 749)
Engagements (note 6)		
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	35 012	26 448
Immobilisations corporelles (note 7)	19 088	155 301
Surplus accumulé	-	-

Approuvé par le Conseil.

_____, administrateur

_____, administrateur

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État des activités financières
pour l'exercice clos le 31 mars 2013

	Budget (note 8)	2013 Montant réel	2012 Montant réel
	$	$	$
Produits			
Financement fourni par le Ministère			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	2 623 710 913	2 737 118 195	2 673 146 753
Activités du RLISS	4 916 172	4 916 172	5 174 872
Technologies habilitantes (note 10a)	580 000	580 000	600 000
Chef de la performance du projet Urgences – ANS (note 10b)	100 000	100 000	100 000
Services en français (note 10c)	106 000	106 000	106 000
Entité de planification des services en français (note 10c)	411 693	411 693	411 693
Chef de service des urgences du RLISS (note 10d)	75 000	75 000	75 000
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS (note 10e)	75 000	75 000	75 000
Planification autochtone (note 10g)	37 500	37 500	37 500
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (note 10h)	-	-	750 000
Chef des soins primaires du RLISS (note 10f)	75 000	75 000	43 750
Éducation sur le diabète (note 10i)	140 396	140 396	-
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	147 759	153 534	156 666
	2 630 375 433	2 743 788 490	2 680 677 234
Financement remboursable au Ministère (note 3a)	-	(328 956)	(747 488)
	2 630 375 433	2 743 459 534	2 679 929 746
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	2 623 710 913	2 737 118 195	2 673 146 753
Frais généraux et administratifs (note 11)	5 063 931	4 803 000	5 219 538
Technologies habilitantes (note 10a)	580 000	580 000	600 000
Chef de la performance du projet Urgences – ANS (note 10b)	100 000	100 000	100 000
Services en français (note 10c)	106 000	101 432	106 000
Entité de planification des services en français (note 10c)	411 693	446 113	151 822
Chef de service des urgences du RLISS (note 10d)	75 000	75 000	73 900
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS (note 10e)	75 000	73 025	73 896
Planification autochtone (note 10g)	37 500	37 500	37 500
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (note 10h)	-	-	407 837
Chef des soins primaires du RLISS (note 10f)	75 000	68 750	12 500
Formation sur le diabète (note 10i)	140 396	56 519	-
	2 630 375 433	2 743 459 534	2 679 929 746
Surplus de l'exercice et surplus accumulé à la fin	-	-	-

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État de la variation de la dette nette
pour l'exercice clos le 31 mars 2013

	Budget (note 8)	2013 Montant réel	2012 Montant réel
	$	$	$
Surplus de l'exercice	-	-	-
Charges payées d'avance, montant net	-	(8 564)	(13 074)
Acquisition d'immobilisations corporelles	-	(17 321)	-
Amortissement des immobilisations corporelles	147 759	153 534	156 666
Diminution de la dette nette	-	127 649	143 592
Dette nette au début	-	(181 749)	(325 341)
Dette nette à la fin	-	(54 100)	(181 749)

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État des flux de trésorerie
pour l'exercice clos le 31 mars 2013

	2013	2012
	$	$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Ajouter : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations corporelles	153 534	156 666
Moins : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	(153 534)	(156 666)
Variation des éléments sans effet sur la trésorerie liés à l'exploitation		
Diminution (augmentation) des débiteurs – Autres	76 364	(92 991)
Diminution (augmentation) des débiteurs – financement de cyberSanté Ontario	200 000	(200 000)
Diminution du montant à recevoir au titre de la taxe de vente harmonisée	11 372	17 498
(Augmentation) diminution du montant à recevoir du Ministère relativement aux fournisseurs de services de santé	(6 643 560)	6 046 273
Diminution des créditeurs et charges à payer	(629 442)	(223 820)
Diminution du montant à verser au Ministère	(274 097)	(215 709)
Augmentation (diminution) du montant à verser aux fournisseurs de services de santé par le Ministère	6 643 560	(6 046 273)
Augmentation (diminution) du montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS	9 196	(4 089)
Augmentation des charges payées d'avance	(8 564)	(13 074)
	(615 171)	(732 185)
Dépenses en immobilisations		
Acquisition d'immobilisations corporelles	(17 321)	-
Financement		
Apports de capital reçus (note 5)	17 321	-
Variation nette de la trésorerie	(615 171)	(732 185)
Trésorerie au début	1 136 961	1 869 146
Trésorerie à la fin	521 790	1 136 961

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2013

1. Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant a été constitué par lettres patentes le 2 juin 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « *Loi* »), sous l'appellation Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant (le « RLISS ») et ses lettres patentes étaient dissoutes. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la *Loi*.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS comprend les comtés de Hamilton, de Niagara, de Haldimand, de Brant, la majeure partie du comté de Norfolk et la ville de Burlington. Le RLISS conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services de santé.

Le RLISS est financé par la province d'Ontario, en vertu d'une entente de rendement des RLISS (l'« entente de rendement ») conclue avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère.

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé avec prise d'effet le 1er avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert et en avise le Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS. Avec prise d'effet le 1er avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par le RLISS ont été imputés aux états financiers de celui-ci. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers du RLISS pour l'exercice clos le 31 mars 2013.

Le RLISS a aussi conclu une entente de responsabilité avec le Ministère qui établit un cadre relativement aux responsabilités et aux activités du RLISS.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2013

2. Principales conventions comptables

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux Normes comptables pour le secteur public du Canada. Les principales conventions comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments hors trésorerie comme l'amortissement des immobilisations corporelles et les pertes de valeur d'actifs.

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis; elles sont comptabilisées à la fin de l'exercice au titre des montants à verser au Ministère.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de dépenses comptabilisées à titre d'immobilisations corporelles est constatée à titre d'apport de capital reporté et amortie sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des activités financières est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations corporelles.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations corporelles. Les apports sous forme d'immobilisations corporelles sont comptabilisés à leur juste valeur estimative en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations corporelles est estimée selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations corporelles, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés, tandis que les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'immobilisations corporelles de façon considérable sont immobilisées. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2013

2. **Principales conventions comptables (suite)**

Immobilisations corporelles (suite)

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé et elles sont amorties sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Matériel informatique	3 ans (méthode linéaire)
Améliorations locatives	Durée du bail (méthode linéaire)
Matériel, mobilier et agencements de bureau	5 ans (méthode linéaire)

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises ou qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est comptabilisé pour un exercice complet. Les coûts liés au développement de l'infrastructure et au développement Web sont inclus au titre du matériel informatique aux fins de la comptabilité et de la présentation d'information.

Information sectorielle

Le RLISS devait adopter le chapitre SP 2700, intitulé « Informations sectorielles », pour son exercice ouvert à compter du 1er avril 2007. Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des activités financières et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter d'information additionnelle.

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux Normes comptables pour le secteur public du Canada exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

Adoption de nouvelles normes comptables

Au 1er avril 2012, le RLISS a adopté le chapitre 1201, intitulé « Présentation des états financiers », le chapitre 2601, intitulé « Conversion de devises », le chapitre 3410, intitulé « Paiements de transfert », et le chapitre 3450, intitulé « Instruments financiers », du *Manuel de comptabilité pour le secteur public*. L'adoption de ces nouvelles normes n'a eu aucune incidence sur les états financiers.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2013

3. **Financement remboursable au Ministère**

En vertu de l'entente de rendement conclue avec le Ministère, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère.

a) Le montant remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé se compose des éléments suivants :

			2013	2012
	Financement reçu	Charges admissibles	Excédent	Excédent
	$	$	$	$
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	2 737 118 195	2 737 118 195	-	-
Activités du RLISS	5 069 706	4 803 000	266 706	112 000
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario	-	-	-	342 163
THI du RLISS	580 000	580 000	-	-
Entité de planification des services en français	411 693	446 113	(34 420)	259 871
Services en français	106 000	101 432	4 568	-
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	100 000	100 000	-	-
Chef de service des urgences du RLISS	75 000	75 000	-	1 100
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS	75 000	73 025	1 975	1 104
Chef des soins primaires	75 000	68 750	6 250	31 250
Planification autochtone	37 500	37 500	-	-
Formation en matière de diabète	140 396	56 519	83 877	-
	2 743 788 490	2 743 459 534	328 956	747 488

b) Le montant à verser au Ministère au 31 mars 2013 se compose des éléments suivants :

	2013	2012
	$	$
Montant à verser au Ministère au début	635 488	851 197
Fonds accordés lors de l'exercice précédent au Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario qui n'ont pas été dépensés	32 435	-
Montant du financement remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	328 956	747 488
Montant remboursé au Ministère au cours de l'exercice	(635 488)	(963 197)
Montant à verser au Ministère à la fin	361 391	635 488

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2013

4. Opérations entre apparentés

Le Bureau des services partagés des RLISS (le « BSPR ») et la structure de collaboration entre les RLISS (la « CRLISS ») sont des divisions du RLISS de Toronto-Centre et sont assujetties aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR et la CRLISS sont responsables, au nom des RLISS, de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec tous les RLISS.

5. Apports de capital reportés

	2013	2012
	$	$
Solde au début	**155 301**	311 967
Apports de capital reçus au cours de l'exercice (note 10i)	**17 321**	-
Amortissement pour l'exercice	**(153 534)**	(156 666)
Solde à la fin	**19 088**	155 301

6. Engagements

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation visant des locaux et du matériel. Les contrats seront très probablement renouvelés. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location pour chacun des cinq prochains exercices et par la suite s'établissent comme suit :

	$
2014	163 313
2015	172 786
2016	172 786
2017	172 786
2018	172 786
Par la suite	120 383

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Les montants réels qui seront ultimement versés dépendent du financement du RLISS par le Ministère.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2013

7. Immobilisations corporelles

	Coût	Amortissement cumulé	2013 Valeur comptable nette	2012 Valeur comptable nette
	$	$	$	$
Matériel, mobilier et agencements de bureau	129 581	129 581	-	-
Matériel informatique	488 759	470 770	17 989	39 713
Améliorations locatives	572 444	571 345	1 099	115 588
	1 190 784	1 171 696	19 088	155 301

8. Chiffres du budget

Les budgets ont été approuvés par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des activités financières reflètent le budget initial au 1er avril 2012. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP. Le gouvernement a approuvé des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Le tableau suivant présente les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget final du financement des fournisseurs de services de santé de 2 737 118 195 $ est calculé comme suit :

	$
Budget initial	2 623 710 913
Ajustements en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	113 407 282
Budget final	2 737 118 195

Le budget des frais généraux et administratifs final de 6 516 761 $ est calculé comme suit :

	$
Budget initial	
Activités du RLISS	4 916 172
THI du RLISS	580 000
Planification autochtone	37 500
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice :	
Entité de planification des services en français	411 693
Coordonnateur des services en français	106 000
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	100 000
Chef de service des urgences du RLISS	75 000
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS	75 000
Chef des soins primaires	75 000
Formation en matière de diabète	140 396
Budget final	6 516 761

9. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS peut accorder un financement total de 2 737 118 195 $ (2 673 146 753 $ en 2012) aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit pour 2013 :

	2013 $	2012 $
Gestion d'hôpitaux	1 850 871 086	1 815 165 386
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	464 025	458 100
Centres de soins de longue durée	441 245 153	434 978 512
Centres d'accès aux soins communautaires	272 408 894	259 534 247
Services de soutien communautaires	42 928 049	42 481 395
Lésion cérébrale acquise	6 654 450	6 612 526
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	28 557 365	25 735 425
Centres de soins de santé communautaires	23 311 898	23 113 795
Programmes communautaires de soins de santé mentale et de toxicomanie	70 677 275	65 067 367
	2 737 118 195	2 673 146 753

Le RLISS reçoit du Ministère un montant qu'il verse à son tour aux fournisseurs de services de santé. Au 31 mars 2013, le RLISS devait verser un montant de 11 936 000 $ (5 292 440 $ en 2012) aux fournisseurs de services de santé. Ce montant a été comptabilisé à titre de produits et de charges dans les activités financières du RLISS et est présenté dans le tableau précédent.

10. Autres initiatives de financement

a) Bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration (THI) du RLISS

Au cours de l'exercice 2013, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement totalisant 580 000 $ (600 000 $ en 2012). Une tranche de 580 000 $ de ce montant a servi à financer des initiatives visant à soutenir le bureau de gestion de projet relativement à la mise à jour du plan stratégique de services de cybersanté pour 2013.

b) Chef de la performance du projet Urgences – ANS

Au cours de l'exercice 2013, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement de 100 000 $ (100 000 $ en 2012). Ces fonds ont servi à financer les activités du coordonnateur du projet Urgences – ANS.

c) Services en français

Au cours de l'exercice 2013, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement de 517 693 $ (517 693 $ en 2012). Une tranche de 106 000 $ de ce montant a servi à soutenir le rôle de coordonnateur des services en français (106 000 $ en 2012), et un montant de 446 113 $ (151 822 $ en 2012) a été alloué initialement pour l'entité de planification des services en français.

d) Chef de service des urgences du RLISS

Au cours de l'exercice 2013, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement de 75 000 $ (75 000 $ en 2012). Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir les activités du chef de service des urgences du RLISS.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2013

10. Autres initiatives de financement (suite)

e) Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS

Au cours de l'exercice 2013, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement de 75 000 $ (75 000 $ en 2012). Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir les activités du chef des soins aux malades en phase critique du RLISS.

f) Chef des soins primaires du RLISS

Au cours de l'exercice 2013, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement de 75 000 $ (43 750 $ en 2012). Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir les activités du chef des soins primaires du RLISS.

g) Planification autochtone

Au cours de l'exercice 2013, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement de 37 500 $ (37 500 $ en 2012). Ces fonds ont servi à financer des activités de planification autochtone.

h) Initiative Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario

En 2012, le Ministère a fourni un financement non récurrent de 750 000 $ au RLISS pour permettre la mise en œuvre du plan d'action local dans le cadre de l'initiative Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario, en vertu de l'entente de paiement de transfert conclue avec nos fournisseurs de services de santé. L'initiative Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario a été créée pour améliorer les services offerts aux Ontariens qui souffrent de problèmes de santé mentale complexes, de démence ou d'autres problèmes neurologiques, à la maison, dans des centres de soins de longue durée ou ailleurs. En 2013, aucun financement n'a été accordé au RLISS relativement à l'initiative Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario.

i) Formation en matière de diabète

En février 2013, le Ministère a accordé un montant initial de 157 717 $ au RLISS à titre de transfert du financement devant être utilisé pour encadrer la formation en matière de diabète dans le RLISS. Il existe plusieurs équipes de formation en matière de diabète au sein du RLISS à qui on a confié la responsabilité de gérer ces équipes. Il ne s'agit pas d'un nouveau financement, mais d'une réaffectation de la part de l'organisation qui en était auparavant responsable. Des employés ont été embauchés pour faire en sorte que le RLISS soit en mesure d'améliorer la compréhension des enjeux entourant la gestion du diabète. Le financement annualisé sera reçu en 2014. Des ordinateurs et du matériel ont été achetés pour ces nouveaux employés. Du montant initial accordé de 157 717 $, une tranche de 17 321 $ a été allouée à l'achat d'immobilisations corporelles, ce qui est reflété dans l'état de la situation financière.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2013

11. Charges classées par objet

Alors que l'état des activités financières présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente les frais généraux et administratifs par objet :

	2013	2012
	$	$
Salaires et charges sociales	3 325 055	3 727 382
Indemnités quotidiennes du président du Conseil	18 239	20 650
Indemnités quotidiennes des administrateurs	33 956	62 200
Charges du Conseil	6 159	17 994
Frais de déplacement	32 734	36 470
Services-conseils	281 905	200 057
Consultations publiques et communications	65 795	47 418
Fournitures, matériel, entretien et autres	71 788	84 816
Frais d'hébergement	296 355	363 890
Amortissement	153 534	156 666
Services partagés	517 480	501 995
Frais généraux et administratifs	4 803 000	5 219 538
Salaires et charges sociales	260 207	401 632
Frais de déplacement	5 063	14 925
Services impartis	1 251 312	1 090 144
Consultations publiques et communications	19 682	43 738
Fournitures, matériel, entretien et autres	385	13 016
Services partagés	1 690	-
Autres charges relatives aux initiatives de financement	1 538 339	1 563 455
	6 341 339	6 782 993

12. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Healthcare of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte de 35 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice a totalisé 276 088 $ pour l'exercice 2013 (293 761 $ en 2012) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières. La dernière évaluation actuarielle du régime de retraite a été effectuée au 31 décembre 2012, date à laquelle le régime était entièrement capitalisé.

13. Garanties

Le RLISS est assujetti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

14. Chiffres correspondants

Certains chiffres correspondants ont été modifiés afin qu'ils soient conformes à la présentation adoptée pour l'exercice visé.

Membres du Conseil

(au 31 mars 2013)

Michael P. Shea
Président

Bob Lawler
Vice-président

Ruby Jacobs
Membre

Helen Mulligan
Membre

Laurie Ryan-Hill
Membre

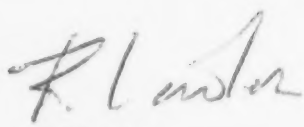
Mervin Witter
Membre

Membre de la haute direction

Donna Cripps
Directrice générale

Au nom du Conseil d'administration du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant, nous sommes ravis de soumettre ce Rapport annuel pour la période terminée le 31 mars 2013.

Michael P. Shea
Président du Conseil d'administration



Bob Lawler
Vice-président du Conseil d'administration

Hamilton Niagara Haldimand Brant **LHIN**
RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Coordonnées du RLISS

Téléphone :
905.945.4930
1.866.363.5446

Télécopieur :
905.945.1992

Courriel :
hamiltonniagarahaldimandbrant@lhins.on.ca

Adresse :
224 rue Main Est
Grimsby, ON L3M 1P8

Site Web :
www.hnhblhin.on.ca

YouTube
www.youtube.com/user/hnhblhin

twitter
@HNHB_LHINgage

ISSN 1911-2939
139 Juin/13

© 2013 Imprimeur de la Reine pour l'Ontario

Ontario
Local Health Integration Network
Réseau local d'intégration des services de santé